ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

8.me ANNÉE. — TOME XXII.

A PARIS,

CHEZ { BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4; MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1830.

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux ARCHIVES, ou se sont engagés à en fournir, sont MM. : ADELON, profess. à la Fac. de Méd. ; ANDRAL fils, prof. à la Fac. ; BABINET, prof. de phys. : BÉCLARD, prof. à la Fac. ; BLACHE, D. M. : BIETT, méd. de l'hôpital Saint-Louis : BILLARD, D. M. : BLANDIN, chir. du Bureau cent. des hôpit. : BOUILLAUD, D.-M. : BOUSQUET, memb. de l'Acad. : BRESCHET, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu : BRICHETEAU, memb. de l'Acad. : CHOMEL, prof. à la Fac. : J. CLOQUET, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. CLOQUET, memb. de l'Ac. : COSTER, D.-M. : COUTANCEAU, méd. du Val-de-Grâce : CRUVEILHIER, professeur à la Fac. : CULLERIER, chir. de l'hôp. des Vénér. : DANCE, agrégé à la Fac. : DEFERMON, D.-M. : DESMOULINS, D.-M. : DESORMEAUX, prof. à la Fac. : DEZEIMERIS : P. DUBOIS, chir. de la Maison de Santé : DUDAN, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg: DUMERIL, memb. de l'Inst. ; DUPUYTREN, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; EDWARDS, D.-M. : ESQUIROL, med. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton: FERRUS, méd. de Bicêtre : FLOURENS, D.-M. : FODERA, D.-M. FOUQUIER, prof. à la Fac. : GENEST, D. M, chef de clin. à l'Hôtel-Dieu : GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut. GEORGET, memb. de l'Acad. : GEADY, chirurg. de la Pitié : GOUPIL, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : GUERSENT, méd. de l'hôp. des Enfans : DE HUMBOLDT, membre de l'Institut : HUSSON, méd. de l'Hôtel-Dieu : ITARD, méd. de l'Institution des sourds-muets : JULIA FONTENELLE, prof. de chimie : LAENNEC, prof. à la Fac. : LAGNEAU, memb. de l'Acad. : LALLEMAND, prof. à la Faculté de Montpellier : LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen de la Fac. : LEBIDOIS, D.-M. : LISFRANC, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : LONDE, memb. de l'Acad. : LOUIS, memb. de l'Acad. : MARC, membre de l'Acad. : MARJOLIN, prof. à la Fac. : MARTINI, D.-M. : MENIÈRE, D.-M. : MIRAULT, D.-M. : MURAT, chirurg. en chef de Bicêtre : OLLIVIER, memb. de l'Acad. : ORFILA, prof. à la Fac. ; OUDET, D.-M. Dentiste, memb. de l'Acad. : PINEL, membre de l'Institut : PINEL fils, D.-M. : RAIGE-DELORME, D.-M. RATIER, D.-M. : RAYER, méd. de l'hôp. Saint-Antoine : RICHARD, prof. de botanique : RICHERAND, prof. à la Fac. : RICHOND, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : ROCHE, memb. de l'Acad. : ROCHOUX, memb. de l'Ac. : RULLIER, méd. de la Charité : ROSTAN, méd. de la Salpêtrière : ROUX, prof à la Fac. : SANSON, chir. en second de l'Hôtel-Dieu : SCOUTETTEN, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : SÉGALAS, memb. de l'Acad. : SERRES, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : TROUSSEAU, agrégé à la Faculté : VAVASSEUR, D.-M. : VELPEAU, agrégé à la Faculté, chir. du Bureau central des hôpitaux, etc. etc.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1830.

Aperçu des découvertes faites en anatomie pathologique durant les trente années qui viennent de s'écouler, et de leur influence sur les progrès de la connaissance et du traitement des maladies; par J. E. DEZEIMERIS. (VIIe article.)

Appareil vasculaire lymphatique.

C'EST un phénomène singulier à remarquer que les alternatives d'enthousiasme et de dédain qu'excitent tour à tour les divers objets des études du médecin. Un esprit puissamment systématique arrive au milieu d'une époque tout entière occupée d'observations particulières et de recherches spéciales; il proclame que la science n'existe qu'à condition qu'on rapproche les faits et qu'on en déduise des principes, et pose lui-même les bases d'une doctrine nouvelle; l'impulsion est donnée; l'époque qui suivra sera profondément marquée du caractère que lui a imprimé le réformateur; les travaux qu'elle verra naître n'auront pour but que de développer les dogmes nouveaux, d'en poursuivre l'application aux divers points de la science que le chef aura négligés. Tout autre objet paraît être oublié. Pour amener de tels changemens, rien n'égale, il

est vrai, la puissance des questions de doctrine; mais il en est beaucoup d'autres dont l'influence, sans être aussi marquée, est encore extrêmement sensible. De grandes découvertes anatomiques, l'histoire d'une maladie qu'on répute nouvelle, ou parce qu'elle l'est réellement, ou parce qu'elle n'avait pas été décrite, des vues neuves sur quelque point de pathologie, un remède énergique et nouveau : c'est assez de l'une de ces causes pour donner à une foule de travaux qui suivront un caractère tout spécial. Durant la première partie du XVII.e siècle, le scorbut eût les honneurs d'une distinction toute particulière; pendant la dernière, ce fut le quinquina; le milieu de ce siècle fut occupé à présenter la pathologie *accommodée aux lois de la circulation du sang;* la *pathologie nerveuse* a eu son temps, etc. Ainsi, chaque objet a fixé à son tour l'attention pour retomber ensuite dans l'oubli. Je ne connais que les vices dartreux, psorique, rhumatismal, dont l'empire, sur une certaine classe d'esprits, ait été sans intermittence.

Ces réflexions se présentent tout naturellement quand on considère le sort qu'a eu, en pathologie, l'étude du système lymphatique. A peine les travaux de Hewson, de Cruikshank et de Mascagni eurent-ils fait faire à l'anatomie de ce système les progrès dont la postérité leur est redevable, qu'entraînés par une illusion enthousiaste, une foule de médecins crurent y trouver le secret de la vie et la clé de l'art de guérir. Quelques lustres virent éclore sur cette matière autant d'ouvrages qu'en avaient produits les siècles qui se sont écoulés depuis la découverte de ces vaisseaux. Ils jouèrent en pathologie un rôle presque merveilleux, et Sœmerring était encore plus réservé que son siècle, lorsque, en faisant l'histoire des maladies des vaisseaux absorbans, il établissait pour plan de son ouvrage un cadre nosologique presque entier, dont il parcourait succes-

sivement toutes les cases. Cette ardeur ne tarda pas à s'éteindre, et depuis lors les ouvrages relatifs au système lymphatique sont devenus aussi rares qu'ils avaient été communs à cette époque. L'excès dans lequel on s'est rejeté n'est pas plus raisonnable que celui auquel il succède, et il a beaucoup plus d'inconvéniens. Il est donc inévitable qu'on en revienne, et l'époque de ce retour n'est probablement pas éloignée. Déjà, depuis assez long-temps, un auteur estimable semble avoir voulu protester par une exagération opposée contre l'oubli qu'on a fait en pathologie de l'étude du *système absorbant;* mais ce qui contribuera plus puissamment à ramener les esprits vers cette étude, ce sont les faits, nouvellement connus, qui ont constaté anatomiquement quelques altérations du sang produites par le mélange d'humeurs morbides formées dans les vaisseaux ou absorbées dans des cavités accidentelles, les observations pathologiques et les expériences sur les animaux qui ont appris l'influence qu'exercent ces altérations dans quelques cas, et qui font supposer que dans beaucoup d'autres elles en ont une encore plus considérable. Ces considérations nous décident à placer ici un article sur les recherches d'anatomie pathologique dont le système lymphatique a été l'objet. Nous n'aurons, il est vrai, à signaler que bien peu de découvertes qui appartiennent à notre siècle; mais pour avoir plus de trente années de date, celles dont nous parlerons n'en conservent pas moins l'avantage de pouvoir être utiles. Les limites dans lesquelles nous voulons nous renfermer ne nous permettront d'indiquer qu'un nombre d'observations peu considérable eu égard à toutes celles qui existent; et cependant nous sentons encore la nécessité de les classer en plusieurs sections. Nous placerons d'abord celles qui se rapportent à des maladies des vaisseaux ou ganglions lymphatiques restreintes dans des limites étroites, et qu'on peut dire

tout-à-fait locales. Puis viendront celles d'affections plus étendues, mais qui ne sortent point du système que nous étudions. La troisième section comprendra les maladies qui, existant d'abord dans d'autres systèmes, s'étendent à celui-ci, et ne vont pas au-delà. En dernier lieu seront indiqués les cas dans lesquels une affection primitive de peu d'importance ou seulement la cause du mal existant d'abord hors du système lymphatique, pénètre dans ce système qui la propage au loin, et infecte toute l'économie. Cette division sera justifiée à mesure que nous avancerons dans l'histoire des faits.

Plaies. — Les plaies des vaisseaux lymphatiques, d'un certain volume, de ceux surtout qui ne sont recouverts que par une peau fine et délicate, et entourés d'une couche mince et peu graisseuse de tissu cellulaire, comme au dos du pied, près des malléoles ou du genou, au pli du bras, etc., ces plaies offrent des particularités qu'on semble avoir oubliées, et qui pourtant méritent considération. On les a vues résister au travail naturel de la cicatrisation, et à tous les moyens que l'art pouvait suggérer pour les guérir, à cause de l'écoulement continuel qui s'opérait entre leurs bords, du fluide qui parcourt ces vaisseaux. La lecture des observations de ce genre fait d'abord naître quelque doute, et diverses causes de méprise se présentent à l'esprit, qui auraient pu en imposer à des observateurs peu attentifs ou prévenus; mais depuis Ant. Nuck (1), Van Swieten (2) et Haller (3), jusqu'à

---

(1) *Experim. chirurg.* Leyd., 1733, cap. 28. Cité par Sœmmerring.

(2) *Aliquoties vidi, post venæ sectionem institutam molestissimum lymphæ copiosæ stillicidium diù mansisse. Comment. in Aphor. Boerhavii*, §. 1228.

(3) *Ex lymphaticis etiam vasis prodeunt, insignia stillicidia lymphæ, quæ ex vulneribns circa cubitum, occasione sectionis venæ*

Sœmmerring, Voigtel (1), Nasse et Chelius, un grand nombre de praticiens ont recueilli là-dessus des faits que la critique ne saurait refuser d'admettre. Nous citerons, parmi ces faits, non pas ceux dont l'authenticité est le moins contestable (Sœmmerring et Voigtel en indiquent un assez grand nombre), mais quelques cas qui présentent, s'ils sont suffisamment exacts, des particularités remarquables. Kerckring dit avoir observé plusieurs fois, sur des plaies de cette espèce, situées aux membres inférieurs, qu'une compression pratiquée au-dessous de la blessure arrêtait l'écoulement lymphatique, et procurait la cicatrisation en déterminant en même temps un œdème de l'extrémité du membre, tandis qu'une ligature au-dessus de l'ouverture fistuleuse augmentait la quantité du liquide qui s'en écoulait (2). Au rapport de Van Swieten, un chirurgien ayant plongé de trop bonne heure l'instrument tranchant dans un bubon vénérien, ouvrit des vaisseaux lymphatiques. Il en résulta un écoulement continuel et fort abondant de lymphe, qu'on ne parvint à arrêter qu'en exerçant dans l'aine, au-dessous de la plaie, une compression assez forte pour empêcher le cours de ce fluide dans les vaisseaux qui le fournissaient (3).

Ces faits, dont la précision laisse il est vrai beaucoup à désirer, ne sont pas les seuls du même genre; mais le seul qui ait été recueilli de notre temps, et dont nous ayons connaissance, est celui dont Nasse publia l'histoire

---

inflictis, *passim succedunt, et quorum exempla* IPSE VIDI, *ut ægerrimè ea aquula plurimo vitriolo imposito demum compesceretur. De corp. human. fabricâ*, t. I, p. 318. — Haller cite plusieurs auteurs qui ont vu la même chose que lui.

(1) Handbuch, *der pathol. Anat.*, t. I.

(2) Kerckring, *Spicilegium observationum*, p. 173.

(3) *Comm. in Boerh. Aphor.*, t. IV, p. 166.

en 1817 (1), et que Chelius, qui avait eu occasion de voir le malade, a rappelé depuis (2). Dans tous, on regrette l'absence de détails anatomiques, qu'il conviendra d'attendre pour se faire une opinion bien arrêtée sur ce sujet. Nous ne nous y arrêterons pas davantage, non plus que sur les plaies des ganglions, sur lesquelles on n'a pas de connaissances plus précises.

Mais si les blessures des vaisseaux et des glandes lymphatiques sont peu connues en elles-mêmes, on est plus avancé, et depuis long-temps, dans la connaissance de quelques-uns de leurs résultats. Il faudrait remonter assez près de la découverte de l'appareil organique que nous étudions pour arriver à l'époque où l'on reconnut pour la première fois que la lésion ou la destruction de quelques-unes de ses parties détermine l'infiltration, l'hydropisie partielle des organes situés au-delà. Et si, dans ces derniers temps, on a beaucoup insisté pour montrer que la destruction ou l'oblitération des veines pouvait avoir des résultats tout pareils, ce n'est point là non plus une découverte récente; depuis des siècles, et particulièrement depuis Lower, qui la démontra par des expériences sur les animaux vivans, la plupart des auteurs classiques n'ont cessé de la rappeler. Un autre effet des lésions directes des vaisseaux ou glandes lymphatiques, c'est leur inflammation et la propagation de cet état morbide dans une étendue plus ou moins considérable du même appareil. Tout le monde sait que cette extension s'opère dans une direction déterminée, qui est la même que celle du cours des humeurs (3); mais il n'a pas tenu à la doctrine du vitalisme

(1) *Archiv. für medicinische Erfahrung von Horn, Nasse und Henke*, vol. I, 1817, p. 377.

(2) *Handbuch der Chirurgie*; 3.e éd., 1828, t. I, p. 14.

(3) *Voy.* Abernethy, *Surgical and Physiological observations*, ou

qu'on ait oublié ce fait, que l'on a tous les jours sous les yeux. Barthez, en ne voulant reconnaître que les sympathies pour condition du phénomène (1), tombait dans le double inconvénient de rester en arrière de ce qu'on savait, car le mot sympathie n'a de sens qu'autant qu'il exprime l'ignorance absolue des causes, et de disposer à l'erreur, car si l'on admet sa doctrine, on est bien près de conclure que, dans un rameau lymphatique enflammé, la phlegmasie doit cheminer dans toutes les directions, en dépit des lois du mouvement de la lymphe, qui ne sont pas celles auxquelles elle obéit. Mais ceci se rattache à une question des plus importantes en pathologie, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Irritation. — Un certain degré d'excitation des vaisseaux lymphatiques, qui ne va pas jusqu'à altérer leur tissu, leur imprime quelques changemens qui ont été observés dans une multitude de cas, et par tous les anatomistes qui s'en sont occupés. On les a vu gonflés et comme variqueux dans l'abdomen des hydropiques, dans la poitrine des sujets affectés d'empyème, autour des mamelles des nouvelles accouchées, etc. Outre cette plénitude qu'on y remarque, même après la simple immersion long-temps continuée d'un membre dans un liquide chaud, on les a vus remplis de matières hétérogènes qu'ils avaient absorbées, sans les altérer, soit dans des réservoirs naturels, soit dans des cavités accidentelles : pleins de bile à la surface du foie, quand les voies biliaires étaient obstruées (Assalini, Saunders, Pujol, Mascagni, Sœmmerring, etc.), distendus par du pus dans les parois

---

l'extrait de cet ouvrage dans la *Bibliothèque germanique* de Brewer et De Laroche.

(1) *Nouveaux Élemens de la science de l'homme*; 1.re éd. Montpell. 1778, p. 68.

et aux environs des grands abcès, remplis par du sang, autour des épanchemens de ce liquide (Mascagni, Sœmmerring, Sabatier, Dessault, Samson, etc.), par une matière osseuse autourd'un *spina ventosa* de l'os iliaque (1), par une substance pierreuse autour des bronches, chez des ouvriers accoutumés à respirer un air chargé de particules de cette nature (Desgenettes, Sœmmerring) (2). Nous ne mentionnons ici que le fait même de la présence de substances étrangères dans les vaisseaux lymphatiques; nous parlerons ailleurs de quelques-uns des effets qui en résultent.

L'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques n'a été bien long-temps connue qu'autant qu'elle pouvait l'être par l'observation des symptômes qu'elle détermine, et les anatomistes n'avaient étudié que les désorganisations profondes qu'elle entraîne après une longue durée. Des stries rouges à la peau, quand la maladie a pour siége des vaisseaux sous-cutanés, le gonflement des organes malades, leur tension en forme de corde plus ou moins noueuse et rénitente, tels étaient presque les seuls caractères qui fussent assignés à la maladie, même dans les ouvrages d'anatomie pathologique; Sœmmerring y ajoutait cependant, que le tissu cellulaire qui enveloppe les vaisseaux et les glandes participe toujours à leur inflammation. Mascagni avait observé que les parois vasculaires enflammées s'épaississent, et que la cavité du

(1) Cheston, *Philos. Transact.* 1780, et *comment. de reb. in med. gest.*

(2) *Ipse etiam vidi in lapidariis glandulas lymphaticas circà tracheam sitas concrementis terreis veris ergo calculis vel lapillis refertas. Nequè hoc mirum videtur: pulvis enim in lapidum præparatione, in auras abiens, et cum aere pulmones intrans, a vasis sorbentibus trachealibus attrahitur, inque glandulis trachealibus deponitur.* Sœmmerring, p. 45.

vaisseau se rétrécit et s'obstrue; il avait encore observé que les ganglions deviennent imperméables aux injections (1). Quelques observations dispersées dans les journaux, et surtout les recherches de MM. Allard (2), Andral (3) et Gendrin (4), ont fourni des renseignemens plus précis; mais il reste encore beaucoup à faire pour donner à cette partie de l'anatomie pathologique le degré d'exactitude qu'on admire dans quelques autres.

Quelque incomplètes qu'elles fussent, les investigations cadavériques avaient suffi pour éclairer la nature de diverses affections dont le système lymphatique est le siége, sinon exclusif, au moins principal; comme les scrofules, la *phlegmatia alba dolens*, l'éléphantiasis des Arabes. Nous ne dirons rien de la première de ces maladies, si ce n'est que, depuis long-temps, on l'avait considérée, aussi bien qu'aujourd'hui, comme une inflammation lente des glandes lymphatiques (Cruikshank et plusieurs autres avant lui) (5), quoiqu'il soit vrai d'ajouter que ce n'est que depuis les travaux de l'école moderne que cette doctrine a pris de la consistance et qu'elle a été débarrassée de l'alliage de l'humorisme *systématique*, dont elle n'avait su se séparer.

Phlegmatia alba dolens. — La date des premières

(1) Kortum, au rapport de Sœmmerring, a décrit avec soin, dans son *Traité des maladies scrofuleuses*, l'état des ganglions enflammés par une violence extérieure; mais nous n'avons point cet ouvrage à notre disposition.

(2) *Du siège et de la nature des maladies*. Paris, 1821, in-8.°, 2 vol. — *Tr. de l'inflammation des vaisseaux absorbans*. Paris, 1824, in-8.°

(3) *Recherches pour servir à l'histoire des maladies des vaisseaux lymphatiques*, dans *Archives de Méd.* — *Clinique médicale*. — *Précis d'anat. pathol.*

(4) *Histoire anatomique des inflammations*; t. II.

(5) *Voy.* Sœmmerring, *op. cit.*, p. 88-89.

observations relatives à cette maladie n'est point celle de la dénomination sous laquelle on la connaît. Mauriceau, Puzos, Astruc, Doublet, Levret et d'autres l'avaient décrite bien long-temps avant qu'on lui imposât un nom propre; mais ce nom marque l'époque où l'on commença à se faire une juste idée de la nature du mal, car les auteurs qui viennent d'être cités le considéraient comme un dépôt de lait (1), et Charles White est le premier qui en ait placé le siége dans le système lymphatique. D'accord sur ce point avec le médecin de l'hôpital de Manchester, Trye, Ferriar, Callisen, n'ont point admis d'ailleurs toutes ses idées; et même, dans ces derniers temps, quelques médecins ont contesté le point sur lequel tous les précédens étaient d'accord, le siége de la maladie dans le système lymphatique; mais si l'on examine avec soin les observations sur lesquelles ils s'appuyent, on verra que plusieurs d'entr'elles confirment plutôt qu'elles ne détruisent celles de White, et quant aux faits qui contredisent directement ceux observés par le médecin anglais, ou ils ne se rapportent pas à la *phlegmatia alba dolens*, ou ils présentent cette maladie altérée par des complications qui en changent considérablement le caractère. Ceci demande quelques développemens.

Après une longue pratique, publique et particulière, C. White publia, en 1784, une description de la *phlegmatia alba dolens*, à laquelle vingt ans plus tard il ne trouvait rien à changer (2); il plaçait bien à

(1) Mauriceau la regardait comme une métastase des lochies.

(2) Il est indispensable de placer ici les principaux traits de cette description, parce que nous aurons bientôt occasion de la rappeler. D'après White, le symptôme pathognomonique de cette maladie est un gonflement de toute la grande lèvre de la vulve, d'un côté seulement, sur laquelle on voit une tumeur ferme, luisante, chaude, tendue, élastique, douloureuse, et paraissant tout-à-coup; elle est d'un blanc pâle, et s'étend sur la région hypogastrique, les lombes,

la vérité le siége de la maladie dans les vaisseaux lymphatiques, mais il l'attribuait à la déchirure de ces vaisseaux, quoiqu'il n'eût jamais constaté une pareille lésion par l'autopsie, et qu'on ne voie pas bien clairement dans son ouvrage ce qui l'avait conduit à cette idée.

Charles Brandon Tryc, auteur d'un des meilleurs écrits sur cette matière (1), attribuait la maladie à l'inflammation des ganglions iliaques externes et internes.

Ferriar y reconnaissait une phlegmasie des vaisseaux

---

les fesses, l'aine, la cuisse, la jambe et le pied. Quand il n'y a qu'un seul membre affecté, ce qui arrive neuf fois sur dix, le gonflement est si parfaitement borné à la grande lèvre du même côté, que si on tire une ligne depuis l'ombilic jusqu'à l'anus, on voit qu'il ne la dépasse jamais; en haut les limites ne sont pas moins exactement tracées, et on ne le voit jamais s'élever au-delà des lombes et de l'hypogastre. Quoique la douleur commence quelquefois dans la fesse, ou dans le gras de la jambe, le gonflement ne commence jamais aussi bas. Toutes les fois que la maladie est simple et sans complication, il n'y a point de traces rouges ou violettes sur le membre, nulle trace d'inflammation à l'extérieur, point de formation d'abcès ni de gangrène, point de rupture des tégumens comme dans l'anasarque. La peau perd non-seulement sa couleur naturelle et prend une teinte laiteuse, mais toutes les veines disparaissent, même celles qui sont variqueuses, s'il y en avait avant l'invasion de la maladie. Enfin on aperçoit moins la présence du sang dans le membre que dans l'état naturel. Il n'y a point de démangeaison ni de battemens dans la partie; le pouls, quoique fréquent, n'est ni plein, ni dur, ni fort. La position horizontale ne fait pas diminuer le volume de la partie; l'impression du doigt n'y reste pas. La malade éprouve une grande douleur dans les lombes et la région hypogastrique, dans les glandes conglobées de l'aine, dans la cuisse, le milieu de la jambe, et enfin dans toute l'extrémité inférieure. A moins de complications, la maladie ne se termine jamais par la mort. *An Inquiry into the nature and cause of that welling in one or both of the lower extremities, which sometimes happens to lying in women*, etc. — Extrait dans les *Annales de la litt. méd. étrang. de Kluyskens*, t. V, p. 327.

(1) *An Essay on the swelling of the lower extremities incident to lying in women*. Londres, 1792, in-8.°.

lymphatiques eux-mêmes (1). J. L. Westberg, professa plus tard la même opinion (2). Hull admettait pour cause prochaine de l'œdème douloureux une affection inflammatoire des lymphatiques qui produit une effusion considérable de lymphe dans le tissu cellulaire, mais il reconnaissait en même temps l'existence d'un état phlegmasique des muscles du tissu cellulaire, et de la couche profonde de la peau. Il citait pour preuve de son opinion la fièvre dont la maladie s'accompagne, la douleur, la raideur, la chaleur et le gonflement de la partie malade.

Outre les symptômes assignés par White à la maladie; Trye, Ferriar et Hull notaient de plus, comme un caractère assez fréquent, une trace de bosselures plus ou moins saillantes, marquant le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Parmi les auteurs plus récens qui ont professé les mêmes opinions que ceux qui précèdent, nous ne citerons que MM. Gardien et Mercier. Ce dernier publia, en 1809, dans le Journal général de médecine, cinq cas de *phlegmatia alba dolens*, et parait en avoir observé un beaucoup plus grand nombre. Si la maladie s'y montre dégagée de grandes complications, elle présente aussi les symptômes les plus propres à donner à la doctrine de Ferriar et de Trye un nouveau degré de probabilité.

Cette doctrine était assez généralement adoptée, quand M. Velpeau s'efforça de la renverser; il tira ses argumens de trois observations qu'il avait recueillies dans l'espace de quelques mois. Cette dernière circonstance serait remarquable à l'égard d'une maladie qui est loin d'être fréquente, s'il était hors de doute que ce fussent bien des

---

(1) *Medical histories and reflections*. Londres, 1798, vol. III, p. 112.

(2) *Phlegmatia dolens puerperarum. Vorgelesen den* 19 *april* 1814 (à Stockholm); trad en allemand par Hampe, avec des remarques de Albers, dans le Journal de Hufeland, février 1817.

cas de *phlegmatia alba dolens;* mais c'est un point que nous ne regardons pas comme démontré. De ces observations, qui sont d'ailleurs fort remarquables sous d'autres rapports, et d'où l'auteur a su tirer des conséquences fort importantes, la première a pour sujet une femme de dix-huit ans qui, après une suppression des lochies arrivée au 5.e jour des couches, fut prise de frissons, de fièvre, de toux, de douleurs à la poitrine, et de symptômes vagues et irréguliers annonçant une lésion profonde mais indéterminée de quelque partie de l'organisme; au 30.e jour, la face était pâle, jaunâtre, terreuse, la peau sèche, et tout indiquait une suppuration interne, sans que l'examen le plus attentif pût faire découvrir aucun travail morbide local dans les organes. Le 40.e jour, l'état de la malade était encore le même. Le 41.e, pour la première fois, le membre pelvien gauche se gonfle, en même temps qu'une douleur violente se déclare dans la fesse, l'aine et la hanche du même côté; cette douleur s'étend bientôt à toute l'extrémité inférieure. Le 43.e jour, le membre est totalement infiltré; la douleur s'émousse un peu; la pression reste douloureuse dans l'aine seulement. Tous les symptômes généraux restent d'ailleurs les mêmes, la malade s'épuise, et meurt le 60.e jour. Les symphises pubiennes et sacro-iliaque gauche, l'articulation coxo-fémorale de ce côté et les tissus fibreux environnans étaient considérablement altérés. La veine crurale, l'hypogastrique et ses branches profondes, l'iliaque primitive et la veine cave inférieure étaient remplies de pus ou de sang mêlé avec cette humeur. Entre les muscles de la couche profonde postérieure de la jambe existaient quelques petits abcès, sans kyste ni épaississement du tissu cellulaire environnant, et dont le pus paraissait avoir été déposé plutôt que sécrété entre les organes qui le renfermaient. Du reste le membre malade incisé présentait une grande

quantité de sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire, dont les lames étaient pâles, blanches et transparentes; les ganglions lymphatiques de l'aine étaient fortement gonflés et rouges.

Nous avons pris, dans l'observation de M. Velpeau, tout ce qui se rapporte à l'état morbide des membres, soit parmi les symptômes, soit parmi les lésions anatomiques. Eh bien! nous le demandons, en quoi cette observation ressemble-t-elle à la maladie décrite par White, Trye, Ferriar et autres, sous le nom de *phlegmatia alba dolens;* et quand elle s'en rapprocherait par la nature du mal autant qu'elle en diffère par les symptômes, ce que rien n'autorise à admettre, encore n'en pourrait-on pas conclure que le système lymphatique ne soit pour rien dans cette affection, puisque les ganglions de l'aîne étaient *fortement gonflés et rouges.* Cette observation est bien moins propre encore à étayer l'opinion qu'en a déduite M. Rayer (1), d'après laquelle on ne devrait considérer la *phlegmatia alba dolens* que comme une inflammation du tissu cellulaire, puisqu'il est dit positivement que ce tissu n'était nullement enflammé.

Les deux autres observations de M. Velpeau, à ne les considérer que par rapport à l'objet qui nous occupe, ne sont pas plus concluantes. Dans l'une et dans l'autre, l'altération des articulations pelviennes, des veines et du sang était encore plus considérable, et l'infiltration des membres n'y paraît que comme une circonstance très-secondaire. Ce ne sont véritablement point des cas de *phlegmatia alba dolens.* On y trouverait, d'ailleurs, l'occasion de répéter la remarque que nous avons déjà faite sur les conclusions à en déduire, puisque *les ganglions de l'aîne et du bassin étaient doublés, triplés de volume, d'un*

(1) *Nouv. Dict. de Méd.*, art. *Œdème.*

rouge jaunâtre; que plusieurs offraient des points tuberculeux blancs ou roussâtres. Qu'un assez grand nombre de vaisseaux lymphatiques étaient pleins de pus; et qu'on en trouvait même dans le canal thoracique. En somme, si, dans les observations publiées par M. Velpeau, on voulait faire à chacune des lésions trouvées sur le cadavre la part qu'elle a pu avoir dans le développement des symptômes de la maladie, on trouverait peut-être qu'elles sont plus propres à confirmer qu'à détruire l'opinion de Ferriar et de Trye. Nous conclurons en disant que la doctrine de ces deux auteurs nous paraît, jusqu'ici, la mieux établie; mais nous ajouterons que les veines ne peuvent point être exclues de toute part à la production de la *phlegmatia alba dolens*, car les systèmes veineux et lymphatique ne peuvent perdre entièrement, par l'état morbide, la communauté des fonctions qu'ils présentent dans l'état sain (1).

Ce serait ici le lieu de parler de l'éléphantiasis des Arabes; mais ce que nous aurions à en dire se réduirait à si peu de chose, que nous ne croyons point devoir en faire un paragraphe particulier. Depuis les recherches de James Hendy sur la maladie glandulaire des Barbades, et la publication des ouvrages de M. Alard, on s'accordait assez généralement à regarder les vaisseaux et ganglions lymphatiques comme le siége primitif de la maladie; M. Bouillaud et M. Rayer ont cherché, dans ce point de pathologie, à substituer les veines aux lymphatiques; il est probable que ces deux systèmes vasculaires ne sont étrangers ni l'un ni l'autre à la production du mal; mais, ce qui est beaucoup plus certain, c'est que les observations

(1) Nous regrettons de n'avoir pu prendre connaissance du mémoire de Casper, *De phlegmatia alba dolente*, publié à Leipzick en 1819, in-8.°

anatomico-pathologiques sont, jusqu'à présent, insuffisantes pour qu'on puisse établir rien de positif à cet égard.

Nous avons parlé, dans les pages qui précèdent, des maladies dont le siége ne s'étend pas hors des limites du système lymphatique, soit qu'elles n'occupent dans ce système qu'un point très-circonscrit, soit qu'elles s'y propagent et en envahissent une partie plus ou moins considérable. La classification que nous avons établie au commencement de cet article nous conduit à parler des affections qui, existant d'abord dans un autre système, pénètrent dans celui-ci pour ne pas s'étendre au-delà. Toutes ces maladies, le système lymphatique les reçoit des tégumens externes ou intérieurs, de la peau ou des membranes muqueuses. Indépendamment de la disposition particulière des sujets, il y a des circonstances qui rendent plus ou moins fréquente la propagation des maladies des tégumens dans le système lymphatique. Toutes les phlegmasies muqueuses ou cutanées n'ont pas une égale tendance à y pénétrer. Sous ce rapport, les inflammations folliculeuses l'emportent infiniment sur toutes les autres. On ne pourrait les comparer qu'aux maladies exanthématiques; mais le système que nous étudions joue dans ces dernières un rôle tout particulier qui nous les fait rejeter dans une section distincte. L'engorgement des ganglions cervicaux dans la croûte laiteuse des enfans, dans la teigne, la plique polonaise, est indiqué partout; l'affection du système lymphatique dans toutes les maladies pustuleuses, croûteuses et papuleuses, est également connue depuis long-temps, et les auteurs qui en ont écrit sont si bien d'accord sur ce point, qu'il serait inutile et fastidieux de les suivre l'un après l'autre dans l'histoire qu'ils en ont donnée. Quant aux membranes muqueuses, l'inflammation des follicules est encore celle qui affecte

le plus fréquemment le système qui nous occupe. De toutes les angines, la diphthérite est celle dans laquelle l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux est le plus commun. Les aphtes et le muguet viennent après. La phlegmasie chronique des ganglions bronchiques dans le catarrhe pulmonaire, celle des ganglions mésentériques dans l'inflammation folliculeuse de la membrane muqueuse intestinale, avaient été indiquées depuis long-temps (1), mais on ne saurait contester que M. Broussais n'ait contribué incomparablement plus que qui que ce soit à répandre sur ce point de pathologie la lumière dont il a été éclairé depuis quelques années. Nous ne pouvons que l'indiquer en passant, pressé que nous sommes de mettre fin à cet article; mais nous aurons ailleurs occasion d'y revenir.

Il ne nous reste plus qu'à parler des cas dans lesquels l'affection primitive, ou seulement la cause morbide existant hors du système lymphatique, pénètre dans ce système qui la propage au loin et amène l'infection de toute l'économie.

Une femme d'une constitution robuste et saine porte un squirrhe à la mamelle. La tumeur, d'abord indolente, devient tôt ou tard le siége des plus violentes douleurs. Le progrès naturel du mal conduit au cancer ulcéré, et fait périr la malade par la consomption. A l'autopsie, on trouve, outre la maladie extérieure qu'on avait connue, des tumeurs encéphaloïdes dans les poumons, le foie, le mésentère, etc. On déclare que l'affection s'est répétée par *sympathie* dans ces derniers organes. Tant que ce mot ne signifie que *simultanéité de maladie*, on dit vrai et l'on ne peut se tromper. Mais bientôt on établit sur les sympathies une doctrine fondée sur la considération de

(1) *Vid.* Sœmmerring, *op. cit.*

tous les faits physiologiques et pathologiques, moins ceux de l'espèce du nôtre. Dès-lors on *expliquera* la répétition du cancer dans divers organes par l'identité du tissu où il s'établit avec le tissu primitivement affecté, par les irradiations de douleur ou d'irritation organique qui s'étendent des uns aux autres. Mais voici des difficultés qui se présentent. Tant que la tumeur du sein ne fut ni ulcérée ni ramollie, quelque violentes que fussent les douleurs, les fonctions s'exécutèrent avec assez de régularité ; la constitution du sujet n'en fut pas sensiblement altérée ; on aurait pu enlever le mal sans laisser dans l'économie un germe capable de le reproduire. Que manquait-il alors pour mettre en jeu les sympathies funestes qui le feraient plus tard repulluler en cent endroits à-la-fois?

Mais le squirrhe a fait des progrès ; il s'est établi dans son intérieur ce travail, de nature peu connue, qui le ramollit et l'ulcère. Dès-lors ont apparu des phénomènes nouveaux. Les fonctions se sont dérangées, la peau est devenue terne et jaunâtre, les organes les moins susceptibles de s'affecter des maladies des autres, les tissus les moins analogues à ceux où avait d'abord été renfermé le mal, ont été profondément altérés, et l'extirpation de la tumeur qui avait causé tout ce désordre n'aurait fait qu'amener une mort plus rapide. Quelle circonstance nouvelle est venue imprimer à la marche de la maladie une impulsion si destructive? La solution d'une pareille question est loin d'être facile ; mais voici, pour le moment, ce que répond l'anatomie pathologique. A mesure que le squirrhe a fait des progrès, et surtout quand il a commencé à se ramollir, les vaisseaux absorbans qui l'environnaient se sont chargés de sa propre substance ; beaucoup d'anatomistes l'ont observé ; Sœmmerring, qui en cite un grand nombre, s'exprime lui-même de la manière suivante : *Ipse heu nimis frequenter vasa absorbentia*

mammæ, vel cancro occulto vel jam aperto laborantis, ichore tenui, ex atro livescenti, turgida, varices ferè mentientia, reperi. Neque hæc in corporibus cancro peremptorum solummodò, sed in ipsis etiam recentissimis mammis carcinomatosis, à quibus cultro vivos liberaveram, animadverti. Sic in carcinomate oculi vasa absorbentia in angulo maxillæ inferioris decurrentia ichore turgida visa sunt. Cette matière a été suivie jusque dans les troncs lymphatiques; et même on a trouvé de la matière encéphaloïde dans le sang (M. Velpeau et d'autres). La dispersion d'un pareil germe n'est pas, comme on l'a dit, une hypothèse, c'est quelque chose d'aussi positif au moins qu'une sympathie. Quelques personnes à qui l'horreur qu'elles ont pour le mot humorisme ferait rejeter, s'il était possible, les observations anatomiques les plus palpables, quand elles ont pour objet l'altération de quelques humeurs, croient avoir assez fait pour démontrer qu'on n'y doit attacher aucune importance, en répétant que ces lésions sont toujours consécutives à celles des solides. Autant vaudrait soutenir qu'une gastro-entérite n'est rien quand elle est consécutive à une brûlure de la peau, qu'une apoplexie ne mérite nulle considération, quand c'est, comme le dit M. Richond, une gastrite qui la détermine, etc. Mais il y a une autre réponse à faire à ces échos peu fidèles des opinions d'un grand maître : c'est que le sang est aussi susceptible de s'altérer primitivement. Nul ne l'a démontré avec plus de solidité que M. Broussais pour le scorbut (1); nous ajouterons à cette maladie les fièvres exanthématiques, et peut-être les typhus; et ce sera par cette indication que nous terminerons cet article. Nous n'avons voulu que faire

(1) *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, 1816.

pressentir le rôle qu'y joue le systême lymphatique; nous traiterons ces importantes questions quand nous passerons en revue les recherches anatomico-pathologiques qui ont eu pour objet les altérations du sang et celles relatives aux maladies que nous venons de nommer.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë observée chez l'adulte; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (II.e article.)

IV.e *section.* — *Hydrocéphales aiguës succédant,* 1.° *à une hydrocéphale congéniale traitée par la ponction,* 2.° *survenant à la suite d'une lésion extérieure,* 3.° *compliquant d'autres maladies cérébrales, ou compliquées de lésions étrangères à cette affection.*

Obs. XIII[e] — Une petite fille de cinq mois fut présentée à la consultation de M. Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, dans le mois de septembre 1827. La mère, qui la nourrissait, avait eu, il y a deux ans, un autre enfant du sexe masculin qui mourut quatre jours après sa naissance. Le dernier, du sexe féminin, n'avait rien présenté de particulier dans sa conformation en venant au monde; mais peu de temps après, on s'aperçut que sa tête augmentait considérablement de volume. Ce n'est qu'au bout de trois mois que les parens vinrent implorer les secours de l'art: le front de cette enfant, large et convexe, formait en avant un angle facial plus que droit; le reste de son crâne était agrandi à proportion, mais principalement vers la partie la plus reculée de l'occiput, qui était fortement déjetée en arrière. En ce point on voyait en outre deux saillies arrondies et demi-transparentes, chacune du volume d'un petit œuf de poule, recouvertes par une

peau mince, et à travers laquelle on sentait facilement la fluctuation d'un liquide. Cette fluctuation était également perceptible le long de la suture sagittale et au niveau des fontanelles antérieure et postérieure, qui étaient largement écartées. Deux lamelles membraneuses étroites étaient les seules parties qui, à la convexité du crâne, offraient un peu de résistance au toucher.

L'enfant paraissant voué dans très-peu de temps à une mort certaine, M. Dupuytren se proposa de mettre quelques chances de salut en sa faveur, en évacuant le liquide contenu dans le crâne par de petites ponctions pratiquées au fur et mesure que le cerveau se ferait à ce nouvel état de choses. Une première fut pratiquée le 8 septembre avec un trois-quart délié sur l'une des saillies qui se remarquaient à l'occiput; il s'écoula douze onces environ d'un liquide entièrement transparent; le volume du crâne diminua légèrement; l'enfant ne parut pas se trouver mal de cette première tentative; son repos ne fut point troublé; il prit le sein comme à son ordinaire. L'ouverture résultant de la petite ponction fut recouverte avec un emplâtre de diachylon; mais du liquide ne tarda pas à se reproduire, et le volume du crâne à augmenter de nouveau. Une seconde ponction fut faite le 12 septembre; elle donna issue à une demi-livre de liquide également transparent; aucun résultat fâcheux; l'enfant est seulement un peu plus criard que d'habitude. Le 15, nouvelle ponction : quatre onces de liquide sont extraites (1).

(1) Ces divers liquides, ayant été analysés d'après les ordres de M. Dupuytren, ont fourni 992 parties d'eau, quelques traces de sel et d'albumine. Soumis à l'ébullition ils se sont évaporés en grande partie, sans se coaguler à la manière de l'albumine. Ces résultats s'accordent avec ceux que divers auteurs ont indiqué touchant la nature du liquide hydrencéphalique.

Dans la nuit du 15 au 16, vomissemens, tranchées, coliques et dévoiement, refus de prendre le sein, cris, insomnie, fièvre. Le 17, les vomissemens se calment; la fièvre continue; la respiration paraît gênée; l'enfant se plaint continuellement; son œil est terne; les pupilles sont plutôt resserrées que dilatées. Le 22, l'enfant est plus calme, respire plus facilement, commence à reprendre le sein; la fièvre est tombée en grande partie. Les jours suivans, cet état paraît s'améliorer de plus en plus; on remarque toutefois quelques tremblemens dans les membres. Le 30 septembre, quatrième ponction : celle-ci donne issue à une demi-livre environ de liquide trouble et opaque : l'enfant ne paraît d'abord en éprouver aucun effet; mais le lendemain il succombe inopinément vers midi, après quelques mouvemens convulsifs. Un peu de liquide s'était écoulé spontanément par l'ouverture résultant de la ponction.

Ouverture du cadavre trente-six heures après la mort. — *Tête.* Dépression assez profonde correspondant à la fontanelle antérieure, et indiquant qu'une certaine quantité de liquide s'était encore écoulée de la cavité du crâne depuis le moment de la mort; os frontal non réuni vers sa partie moyenne et supérieure, formant un angle en V alongé dont l'écartement faisait suite à la fontanelle antérieure; os pariétaux également séparés, mais peu écartés l'un de l'autre à cause de l'affaissement du crâne; ces os étaient représentés par deux lames membraneuses minces, parsemées de points isolés d'ossification d'où s'échappaient en rayonnant de nombreux vaisseaux rouges; os occipital non ossifié dans toute sa partie postérieure, qui semblait manquer entièrement. Une ponction ayant été faite sur la membrane qui recouvre la fontanelle intérieure, de l'air s'est aussitôt insinué dans cette ouverture en gonflant et soulevant la membrane précédente, de

manière à faire penser qu'un certain vide s'était opéré autour du cerveau, et que l'enfoncement de la fontanelle tenait à la pression atmosphérique. Le cerveau existait en entier, ses circonvolutions étaient bien dessinées, mais il était comme affaissé et plicaturé sur lui-même: la pie-mère offrait une rougeur très-vive et trois à quatre traînées de fausses membranes déposées sur la partie antérieure et supérieure des hémisphères cérébraux; dans la cavité même de l'arachnoide il y avait une cuillerée environ de liquide puriforme étendu en couche mince sur divers points de cette membrane. On voyait en outre vers l'occiput et sous la tente du cervelet une vaste poche à moitié affaissée, contenant une demi-livre environ de liquide opaque, puriforme, et d'une odeur un peu forte; cette poche communiquait directement avec le quatrième ventricule, et prenait naissance sur les bords mêmes du calamus-scriptorius; elle se portait de là en avant et en haut, entre la fente postérieure des hémisphères du cervelet, sur lequel elle s'étalait tant à droite qu'à gauche et en avant qu'en arrière; la partie la plus déclive de cette poche était formée par la paroi inférieure du quatrième ventricule, et offrait comme cette dernière une surface triangulaire, terminée en pointe par en bas, et partagée par une ligne médiane superficielle: un cul-de-sac peu profond, correspondant au bec de plume, limitait exactement en ce point l'enceinte de ce vaste kyste, et empêchait le liquide de s'écouler au-delà et de communiquer avec le canal sous-arachnoïdien du rachis. Dans le même kyste, on voyait de plus deux petites ouvertures à bords lisses, conduisant dans deux cavités surnuméraires qui correspondaient aux saillies dont il a été question, et sur l'une desquelles les ponctions avaient été pratiquées. Ces cavités ressemblaient aux dilatations partielles que présente quelquefois la vessie, lorsque sa membrane interne fait

hernie à travers la membrane musculeuse. Du reste, les parois du kyste étaient minces, parcourues par un grand nombre de vaisseaux rouges, et recouvertes en dedans d'une couche de pus sous laquelle on trouvait une surface lisse ayant l'aspect d'une membrane séreuse; ces parois adhéraient en dehors avec l'origine de la moelle épinière et la face supérieure du cervelet. Ce dernier organe avait subi, par la pression du kyste, un changement de forme tel que ses deux hémisphères, écartés en arrière l'un de l'autre d'un pouce environ, ne tenaient plus entre eux que par un pédicule étroit de substance nerveuse, toutefois sans aucune lésion de structure. Les effets de cette pression ne s'étaient point fait sentir sur le cerveau, dont les ventricules contenaient chacun environ quatre onces d'un liquide analogue à celui que renfermait le kyste; ils communiquaient d'ailleurs librement avec cette poche par le moyen de l'aqueduc de Sylvius transformé en un large canal; leurs parois étaient tapissées par une couche pseudo-membraneuse mince, qui s'enlevait facilement et laissait à découvert une surface polie et injectée de nombreux vaisseaux finement ramifiés. Le septum lucidum était intact, et ne contenait point de liquide entre les deux lames dont il est composé; les plexus choroïdes étaient transformés en cordons volumineux noirâtres, recouverts d'une fausse membrane plus épaisse que dans le reste des ventricules. Du reste, la substance cérébrale était molle, pulpeuse; mais la forme de toutes ses parties était bien distincte; la moelle épinière existait en totalité; le canal rachidien ne contenait aucun épanchement de liquide; les autres organes, examinés avec soin, n'offraient rien de particulier.

Cette observation peut fournir matière à des considérations de plus d'une sorte. Établissons d'abord comme faits démontrés par l'autopsie cadavérique, 1.° que l'hy-

drocéphale occupait les ventricules et non l'extérieur du cerveau, comme on aurait pu le croire, en se fondant sur la position tout-à-fait superficielle des tumeurs aqueuses situées vers l'occiput. 2.° Que le liquide s'était accumulé dans tous les ventricules cérébraux, mais en particulier dans le quatrième, en produisant à travers la paroi supérieure de ce ventricule une sorte de hernie de la membrane qui tapisse ces cavités, et donnant lieu à un vaste kyste triloculaire, lequel se développant entre le plancher résistant formé par la tente du cervelet et la base du crâne, a écarté les lobes du cervelet, affaissé cet organe, et déjeté en arrière l'occiput. 3.° Que le kyste se continuait sans interruption avec le quatrième ventricule, tapissé par une membrane d'aspect séreux, et se terminait par un cul-de-sac dans le point précis qui limite la fin de ce ventricule, soit que des adhérences eussent oblitéré la communication qui, d'après les recherches de M. Magendie, existerait constamment entre ce point et le canal vertébral, soit que cette communication n'existe pas dans l'état naturel et dans les premières périodes de la vie. On demandera sans doute comment la membrane des ventricules a pu subir une extension aussi prodigieuse sans se rompre ; mais ce fait, tout inexplicable qu'il paraisse, n'en est pas moins certain : nous en avons pour preuve l'exacte continuité des parois du kyste avec la surface interne du quatrième ventricule. On se rappellera, du reste, que l'hydrocéphale s'est développé lentement, et à une époque où l'organisation du cerveau et de ses enveloppes permet des changemens de forme impossibles à d'autres époques.

Quoi qu'il en soit, à l'hydrocéphale congéniale a succédé en quelque sorte une hydrocéphale aiguë, par suite du traitement opposé à la première de ces maladies. Les deux premières ponctions n'ont été suivies d'aucun trouble, d'aucun dérangement dans la santé de la malade;

mais à la troisième; cris, insomnie, fièvre, vomissemens, refus de prendre le sein, tremblemens des membres, symptômes ayant quelque rapport avec ceux de l'hydrocéphale aiguë spontanée; à la quatrième, issue d'un liquide trouble, opaque, annonçant positivement qu'une inflammation s'était établie dans le kyste et les ventricules cérébraux. La mort a suivi de très-près cette dernière ponction, soit qu'elle ait dépendu des progrès de cette inflammation, ou de l'affaissement du cerveau par suite de l'évacuation du liquide. Cette observation n'est au reste que la confirmation de beaucoup d'autres dans lesquelles le même moyen, employé pour combattre l'hydrocéphale congéniale, a été malheureusement suivi presque toujours du même résultat. Nous dirons cependant en faveur de cette dernière tentative que le célèbre chirurgien qui l'a mise à exécution était placé dans des circonstances qui paraissaient impérieuses et en même temps favorables. D'une part, le degré avancé de la maladie qui, d'elle-même, aurait conduit dans peu de temps la malade au tombeau; de l'autre, la position superficielle du liquide qui menaçait de se faire jour prochainement au dehors par deux saillies inusitées, lesquelles semblaient annoncer que ce liquide avait déjà rompu son enveloppe, et qu'il était placé à l'extérieur du cerveau et des méninges, sous les tégumens du crâne.

Obs. XIV.

Obs. XIV.e — Un domestique, âgé de 14 ans, fort intelligent, fit, dans le mois d'avril 1825, une chute de cheval tellement violente, qu'il resta trois jours sans connaissance; il fut porté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où l'on reconnut une plaie déchirée assez étendue siégeant sur l'arcade orbitaire droite, avec ecchymose et infiltration de sang à son voisinage, et dont la profondeur ne put être estimée; on fit cependant une médication fort active commandée par la gravité des accidens. Dans les

premiers temps, on pratiqua plusieurs saignées, on appliqua un grand nombre de sangsues à la base du crâne; on obtint du soulagement; le malade recouvra la connaissance; mais il conserva un air de stupidité qui lui était étranger; on eut recours en dernier lieu à l'application d'un large vésicatoire sur le cuir chevelu. Bref, à force de soins et après trois mois de traitement, ce jeune homme fut en état de se lever; il quitta l'hôpital Saint-Louis, et se rendit chez son maître, paraissant devoir se rétablir complètement; on lui fit même exécuter quelques commissions en ville, dont il s'acquitta convenablement; mais on s'aperçut qu'il se livrait à la masturbation avec fureur; son caractère était changé; il se mettait en colère pour les plus faibles motifs, et faisait entendre parfois des cris d'insensé.

Au mois d'août de la même année, il éprouva de loin en loin des accès convulsifs, pendant lesquels les yeux se renversaient, les membres se tordaient et se roidissaient. Au mois de septembre, on le conduisit à l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons observé jusqu'à sa mort, tenant de personnes sûres les renseignemens que nous venons d'indiquer. Il était maigre, pâle, sans fièvre, n'accusait aucune douleur particulière, avait bon appétit, se levait pendant la journée, et paraissait dans un état assez satisfaisant; mais son intelligence était obtuse; il répondait niaisement aux questions qu'on lui adressait, sa face exprimait la stupidité; on voyait encore sur l'arcade orbitaire droite des traces de l'accident qu'il avait éprouvé, c'est-à-dire une cicatrice assez régulière, peu déprimée, s'étendant en haut sur le front dans l'espace d'un demi-pouce. Au bout de quinze jours, accès convulsifs semblables à ceux dont il a été question, et à la suite desquels le malade est plongé dans une stupeur plus considérable, perd l'usage de la parole, et regarde avec in-

différence tout ce qui l'entoure. Dans l'intervalle de ces accès, qui n'ont rien de fixe dans leur retour et ne se prolongent pas au-delà de deux à trois minutes, le malade revient peu-à-peu à son état habituel, mais de jour en jour son intelligence devient plus obtuse; on a beau s'empresser autour de lui, sa face ne s'ouvre à aucun désir, à aucun sentiment affectueux; par momens il pousse des cris, et ces cris ont un caractère sauvage et désagréable; on ne remarque point de paralysie dans les membres, mais parfois la vessie et le rectum se vident involontairement; la région cervicale présente un peu de raideur, les pupilles sont un peu dilatées, point de fièvre.

A la fin de septembre, trois accès convulsifs surviennent dans l'espace de deux jours, le malade ne sort plus de son état de stupidité, l'usage de la parole semble entièrement aboli, mais par momens on obtient une réponse bien motivée, toujours monosyllabique; les pupilles présentent une largeur considérable, et la région cervicale une forte rigidité; quelques paroxysmes de fièvre surviennent sur le soir. Les trois derniers jours, la face change d'aspect, semble maigrir et s'alonger, le malade tombe dans l'assoupissement et le coma, il succombe le 9 octobre, cinq mois et demi environ depuis son accident. Un vésicatoire sur le crâne, un séton à la nuque ont été les seuls moyens employés dans ces derniers temps.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. — La tête est la seule partie qui ait été examinée; voici le résultat de nos recherches : 1.° cicatrice bien formée et adhérente à l'os; fêlure sans écartement au frontal, commençant au milieu de l'arcade orbitaire droite et s'étendant à un demi-pouce au-dessus vers la partie moyenne de cet os. Nouvelle fracture, sans communication avec la précédente, à la voûte orbitaire du même

côté; celle-ci était composée de plusieurs fragmens, dont un, de trois lignes de longueur environ, dirigé verticalement, soulevait la dure-mère; ces fragmens étaient peu mobiles, et commençaient à se réunir entre eux par un travail de consolidation. 2.° Adhérence du lobe antérieur droit du cerveau à la voûte orbitaire du même côté par l'intermédiaire des méninges, de telle sorte que ce lobe n'a pu être enlevé avec la totalité du cerveau, sans qu'il en restât une portion adhérente à l'os; ce même lobe offrait, à sa face inférieure et à l'endroit qui correspondait à la fracture orbitaire, un ramollissement diffluent de sa substance, sans coloration anormale à son centre ou à son pourtour, ayant la largeur d'une pièce de quarante sous, et s'étendant irrégulièrement à trois ou quatre lignes de profondeur. 3.° Aplatissement complet du sommet des circonvolutions; énorme aggrandissement des ventricules cérébraux, dont le moyen avait une capacité propre à loger un gros œuf de poule, et les latéraux ressemblaient à deux grandes poches, dans lesquelles les couches optiques et les corps striés occupaient la moitié plus d'espace que dans l'état naturel. Ces cavités contenaient une abondante quantité de liquide opaque et trouble; leurs parois étaient ramollies à leur superficie et recouvertes çà et là de véritables fausses membranes minces, molles et jaunâtres, dont on retrouvait des traces jusques dans le quatrième ventricule. 4.° A la convexité du cerveau, les méninges étaient dans l'état naturel; mais à la base, l'espace circonscrit par le polygone artériel, la face inférieure de la protubérance annulaire et le pourtour du cervelet étaient comme emboités dans des fausses membranes épaisses et consistantes qui se prolongeaient même, en quelques points, entre les feuillets du cervelet avec les replis de la pie-mère, et descendaient assez bas le long de la moelle alongée. Du reste, la substance du

cerveau et du cervelet était, en général, plus molle que dans l'état naturel.

En analysant cette observation, on trouve plusieurs lésions distinctes datant d'époques différentes, et dont la succession nous paraît avoir eu lieu de la manière suivante : d'abord une double fracture du crâne, source première de tous les accidens; l'une, directe, siégeant à l'arcade orbitaire droite; l'autre, par contre-coup, à la voûte orbitaire du même côté. Cette dernière, composée de plusieurs fragmens, dont un d'eux soulevait la dure-mère et irritait le cerveau, a développé lentement, et à son voisinage, une inflammation sourde qui s'est propagée peu-à-peu à la substance du cerveau, à ses membranes et à ses cavités, en produisant, là, un ramollissement, ici des fausses-membranes, plus loin, un épanchement séro-purulent très-abondant. Chacune de ces lésions a donné lieu à quelques phénomènes suffisans dans leur ensemble pour faire reconnaître une affection cérébrale profonde (telle est en particulier l'extrême stupidité dont le malade était frappé), mais insuffisans pour en caractériser l'espèce anatomique. Ainsi, au ramollissement et à l'irritation mécanique produite sur le cerveau par les fragmens de la fracture, se rapportent probablement les accès convulsifs survenus vers le quatrième mois depuis l'accident; à la méningite de la base, la raideur cervicale qui a succédé à ces accès; à l'épanchement dans les ventricules, la dilatation des pupilles observée dans les derniers temps; mais ces phénomènes sont loin de former autant de caractères pathognomoniques pour chacune de ces affections. Combien, par exemple, a été différente la marche de l'hydrocéphale aiguë dans ce cas-ci d'avec les cas précédens! Combien son invasion et ses symptômes ont été obscurs! bien que les altérations qui constituent cette affection fussent portées au plus haut degré; car il

est infiniment rare de trouver, comme dans l'exemple dont il s'agit, des fausses-membranes dans la cavité même des ventricules. Ces différences tiennent sans doute à l'influence que les complications et la nature des causes exercent sur la marche des maladies.

Obs. XV.[e] — Une jeune fille âgée de 18 ans, d'une constitution lymphatique, réglée peu abondamment et sujette, depuis quelque temps, à de fréquens maux de tête, fut prise spontanément d'une douleur vive à l'articulation tibio-tarsienne gauche. Elle y appliqua quelques sangsues et des cataplasmes, la douleur parut se calmer; bref elle resta trente-cinq jours dans cet état, et fut admise à l'Hôtel-Dieu le 2 juin 1827. A cette époque, le mal de tête avait augmenté, l'articulation tibio-tarsienne gauche était le siége d'une douleur profonde avec gonflement médiocre sans rougeur à la peau. (*Vingt sangsues sur l'articulation, cataplasme, peu de soulagement.*) Les jours suivans, les règles étant en retard de sept à huit jours, on tâcha d'y suppléer en appliquant pendant quatre jours un petit nombre de sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses; la céphalalgie parut à-peu près calmée, la malade cessa de s'en plaindre et ne fut plus incommodée que par la douleur de l'articulation, douleur qui, parfois, était assez vive pour l'empêcher de dormir.

Le 16 juin au soir, frisson, céphalalgie très-intense, quelques vomissemens pendant la nuit. Le 17, céphalalgie générale et continuelle s'exaspérant par accès; alors la face devient rouge tandis qu'elle pâlit dans les momens de rémission, vomissemens bilieux répétés, langue humide et rosée; pouls lent, faible, peu élevé. (*Dix sangsues derrière les oreilles.*) Au soir, céphalalgie atroce avec redoublemens qui provoquent des cris déchirans; rotation de la tête sur les oreillers; aucun trouble dans les idées.

(*Vingt sangsues derrière les oreilles, compresses trempées dans l'eau froide et appliquées sur le front, sinapismes aux jambes.*) Le 18 au matin, soulagement, suspension des vomissemens. Au soir, nouvelle exaspération dans la céphalalgie, cris aigus, mouvemens latéraux des yeux. Cette crise terminée, la malade reste immobile, abattue, comme privée de mouvemens; cependant la motilité et la sensibilité ne paraissent point altérées, les pupilles sont plus dilatées que dans l'état naturel. (*Vingt sangsues derrière les oreilles, sinapismes.*) Le 19, accès de céphalalgie plus éloignés, abattement plus considérable que la veille. (*Vésicatoire à la nuque.*) Les jours suivans, la céphalalgie diminue graduellement et se convertit en une pesanteur de tête habituelle, le pouls offre moins de lenteur que précédemment, et bientôt la malade ne se plaint plus que de l'articulation tibio-tarsienne; on lui accorde quelques cuillerées de bouillon. Le 25, la céphalalgie reparaît, mais à un faible degré; quelques vomissemens bilieux se montrent encore. Le 26, fixité dans le regard, strabisme convergent, accroissement de la céphalalgie par accès éloignés, mais assez forts pour arracher des cris. (*Seize sangsues derrière les oreilles, sinapismes.*) Les 27 et 28, trouble léger dans les idées, dilatation médiocre des pupilles, aucune lésion dans la sensibilité et la motilité. On remplace le vésicatoire de la nuque par un séton. Pendant le mois suivant (juillet), la céphalalgie revient par accès un peu moins fréquens que dans le principe, mais parfois tellement violens, que la malade jette les hauts cris et roule, en s'agitant, la tête d'un côté et d'autre; elle éprouve encore de temps en temps quelques vomissemens bilieux, le pouls reste calme et la température de la peau non-fébrile. Enfin, le 27 juillet, redoublement dans les accès. Le 28, mort subite pendant l'un de ces accès, dans lequel la face est deve-

nue beaucoup plus rouge que d'habitude. La connaissance, la motilité et la sensibilité ont persisté jusqu'à la fin.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. — 1.° *Extérieur.* — Maigreur très-prononcée; pus verdâtre et bien lié, en quantité médiocre, contenu dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, dont les cartilages étaient en partie détruits et les ligamens ramollis; nouvel amas de pus entre l'astragale et le calcanéum; le premier de ces os renfermait, à sa partie postérieure, une petite pièce osseuse nécrosée, à surface raboteuse, et entièrement séparée. Le tissu spongieux de ces os était rouge-jaunâtre, facile à diviser. — 2.° *Tête.* Sécheresse presque complète dans la grande cavité de l'arachnoïde; affaissement et amincissement du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; aplatissement et rapprochement des circonvolutions; rien autre de particulier à l'extérieur du cerveau; mais en enlevant cet organe après une section faite à la protubérance annulaire, il s'est écoulé plusieurs onces de sérosité opaline par l'aqueduc de Sylvius divisé. Les ventricules latéraux étaient extrêmement vastes; le septum médian, détruit à sa partie inférieure, présentait des bords mous et flottans; la voûte à trois piliers était ramollie et comme infiltrée de sérosité; placée sous un filet d'eau, son tissu se divisait en flocons blancs et minces; un ramollissement analogue, mais moins marqué, existait à la surface des couches optiques et des corps striés; le quatrième ventricule était très-dilaté. 3.° L'hémisphère droit du cervelet adhérait légèrement à la face postérieure correspondante du rocher, et contenait dans son épaisseur trois foyers purulens contigus, mais sans communication entre eux. Il s'en est écoulé quatre cuillerées à bouche environ de pus verdâtre et bien lié, renfermé dans des espèces de kystes à parois assez épaisses et résistantes.

Ces kystes étaient formés de deux couches membraneuses, l'une interne, d'apparence muqueuse en dedans, l'autre, externe, filamenteuse, se continuant en dehors avec la substance du cervelet, qui était molle et grisâtre dans l'étendue d'une à deux lignes au-delà. La face postérieure du rocher n'offrait aucune altération ; rien à noter dans les autres organes; existence de la membrane hymen.

L'organisation avancée des kystes membraneux qui environnaient le pus contenu dans les trois abcès du cervelet, porte à penser que ces abcès se sont développés lentement et à une époque antérieure à celle où l'épanchement des ventricules s'est formé; la douleur de tête que la malade éprouvait depuis long-temps semble confirmer cette présomption. Mais plus tard la céphalalgie s'est fait sentir avec une violence extrême, accompagnée de cet ensemble de phénomènes douloureux que nous avons observés plusieurs fois dans l'hydrocéphale aiguë (agitation des membres, mouvemens rotatoires de la tête, cris perçans), des vomissemens bilieux se sont manifestés, le pouls est devenu lent, les pupilles se sont dilatées; c'est à cette époque que l'hydrocéphale paraît être survenue; mais cette affection a offert dans ses symptômes, sa marche et sa terminaison, des changemens qui sont étrangers à son état de simplicité. Ainsi, la céphalalgie n'a pas ordinairement ce caractère de violence et, pour ainsi dire, d'atrocité, d'exacerbations et de rémissions prolongées que nous avons remarqués chez la malade précédente; les vomissemens ne sont pas aussi durables; le pouls, de lent, devient fréquent à une certaine période de la maladie, les pupilles se dilatent de plus en plus aux approches de la mort, et tous ces symptômes conduisent à la paralysie, au coma, à l'abolition des facultés intellectuelles, ce qui n'a point eu lieu chez la même malade. Ces changemens

dépendent évidemment des foyers de suppuration contenus dans le cervelet, c'est à eux qu'il faut attribuer sans doute la rapidité et, pour ainsi dire, l'instantanéité de la mort, avant qu'aucun trouble dans la motilité et la sensibilité eut annoncé une si brusque et si funeste terminaison.

Obs. XVI.ᵉ — Une jeune fille, âgée de 17 ans, d'une belle taille, un peu lymphatique, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 18 décembre 1827, malade depuis dix jours, se plaignant d'un grand mal de tête qui occupait principalement la région frontale, et avait été accompagné de vomissemens bilieux répétés, accusant en outre de la douleur dans le creux de l'estomac et un embarras particulier dans le fond de la gorge, où l'on ne voyait cependant rien de contre-nature. Mais de toutes ces douleurs, la plus vive était celle de la tête, celle qui excitait davantage les plaintes de la malade; la langue était bordée en rouge et couverte d'un enduit jaunâtre, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, développé, peu résistant; il y avait constipation; les règles manquaient depuis un mois. (*Bouillon de veau-tamar., lavement, diète.*) Pendant la nuit, insomnie, plaintes continuelles relatives à la douleur de tête. Le 19, douleurs aiguës répandues dans tout le crâne avec élancemens vifs et passagers; cris déchirans accompagnés d'exclamations : *Ah! mon papa, ah! de ma tête;* agitation, changement continuel de position; expression d'anxiété et resserrement dans les traits; pupilles agrandies, mais non dilatées; pouls à 87 pulsations par minute. (*Saignée du pied; 50 sangsues à la base du crâne.*) Le 20, soulagement; face plus naturelle dans son expression, quoique plus pâle que la veille; diminution de la céphalalgie; mais il reste encore une lourdeur de tête qui, par momens, se change en élancemens très-vifs; d'ailleurs le pouls est moins fréquent, plus développé, et la peau moins chaude que dans le principe. (35 *sangsues*

derrière les oreilles.) Le 21, retour de la céphalalgie à sa première acuité; malaise particulier accusé de nouveau dans le fond de la gorge; somnolence par momens; langue sèche; peau chaude; pouls fréquent; trois selles en dévoiement. (*Saignée du pied; émulsion* ℥ iv; *lavement.*) Le 22, la céphalalgie paraît diminuée; mais on observe quelques mouvemens convulsifs des membres avec renversement des yeux, grincement des dents; la langue est brune et entièrement desséchée. Au soir, la malade paraît sommeiller tranquillement; son pouls est très-petit; pendant la nuit, elle se plaint encore de la tête, et succombe inopinément le 23, à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre le 24. — Point d'amaigrissement; forte rigidité cadavérique. — *Tête.* Sécheresse dans tous les points de l'arachnoïde; affaissement du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; aplatissement des circonvolutions; rougeur intense de la pie-mère, formant sur les parties latérales des hémisphères des plaques assez larges comparables à des ecchymoses. En décollant cette membrane et la détachant du fond des circonvolutions, nous avons trouvé adhérens à ses replis un certain nombre de corpuscules du volume et de la forme d'une lentille, durs, grisâtres et semblables à des granulations tuberculeuses, mais n'offrant point d'opacité ni de ramollissement à leur centre; nous en avons compté huit à dix correspondans aux points où la pie-mère offrait le plus de rougeur. Dans l'épaisseur même de la protubérance annulaire et à sa partie postérieure, existait une granulation de même nature, bien distincte du tissu environnant, qui ne paraissait point altéré. La substance cérébrale ne présentait également aucune altération de couleur et de consistance; ses vaisseaux n'étaient ni plus ni moins apparens que dans l'état naturel; les ventricules contenaient une quantité notable de sérosité (4 à 5 onces), mais sans ramollisse-

ment de leurs parois et de leur cloison; un liquide de même nature se trouvait en abondance à l'entrée du tube rachidien; les méninges qui recouvrent la base du cerveau étaient saines. — 2.° *Organes respiratoires.* Dans le larynx, le ligament droit de la glotte donnait attache, vers sa partie antérieure, et à son bord interne, à une petite tumeur pédiculée qui, par son volume, sa forme et sa couleur, ressemblait exactement à une baie de genièvre; elle était interposée entre les ligamens de la glotte, et bouchait le quart antérieur de cette ouverture; elle offrait à l'extérieur une petite capsule qui n'était autre chose que la membrane muqueuse du larynx soulevée par un caillot de sang, et moulé dans cette petite cavité : du reste, point de rougeur environnante, point de traces d'inflammation dans toute l'étendue de la trachée-artère. Les poumons étaient farcis d'un nombre immense de granulations miliaires, éparses dans tous les points de leur substance, tant à la base qu'au sommet, au centre qu'à la périphérie de ces organes : ces granulations avaient la plus grande ressemblance avec celles qui existaient dans le tissu de la pie-mère; d'ailleurs le parenchyme des poumons, fortement engoué, fournissait beaucoup de sang à la section. — 3.° *Abdomen.* Membrane muqueuse de l'estomac de couleur ardoisée, épaissie et çà et là mamelonnée; on y voyait cinq à six dépressions arrondies semblant être le commencement d'ulcérations. Dans les intestins grêles, mucus abondant coloré par la bile, rougeurs et injections sans développemens de follicules ni ulcérations; dans le cœcum, rougeur foncée, trois à quatre ulcérations peu étendues : le reste du colon sain.

Parmi les lésions que nous venons de décrire, celle qui nous paraît avoir eu la priorité sur les autres consiste dans cette immense quantité de granulations tuberculeuses, développées non-seulement dans le parenchyme des pou-

mons, mais encore dans l'épaisseur des méninges, et même dans le centre de la protubérance annulaire. On conçoit que ces productions aient préparé et fomenté, par leur présence, une inflammation dans les membranes et les cavités du cerveau (de là des douleurs violentes avec élancemens dans la tête, les cris hydrencéphaliques), et qu'une d'elles, placée dans le point qui sert d'épanouissement à toutes les fibres de l'encéphale, ait précipité la marche de la maladie en donnant lieu à une mort presque subite. Il existait encore des altérations phlegmasiques profondes dans l'estomac et l'intestin, altérations dont on retrouve les analogues çà et là dans plusieurs de nos observations, soit qu'elles précèdent l'explosion des accidens cérébraux, ou qu'elles en soient une conséquence, un effet sympathique. C'est à elles que se rattachent dans le cas présent, la douleur épigastrique, la rougeur et la sécheresse de la langue, la chaleur de la peau, le dévoiement et même la fièvre, car on ne l'observe pas dans cette forme d'inflammation cérébrale lorsqu'elle est exempte de complications; c'est probablement aussi à cette petite tumeur sanguine, pédiculée, qui prenait attache sur les bords de la glotte, qu'il faut rapporter l'embarras et le malaise particulier que la malade éprouvait dans le fond de la gorge.

Obs. XVII.e — Une journalière, âgée de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, jouissait d'une faible santé depuis dix mois; ses règles manquaient depuis cette époque. Le 24 mars 1827, quelques annonces de menstruation se manifestèrent, un peu de sang s'écoula par la vulve, mais cet écoulement ne se prolongea pas au-delà de quelques heures. Ce jour-là même, la malade fut prise d'une douleur de tête qui alla graduellement en croissant. Au bout de huit à dix jours, la céphalalgie était devenue intolérable; il y avait par momens de l'assoupissement; une

saignée fut pratiquée sans aucun résultat avantageux. Le 15 avril, la malade fut reçue à l'Hôtel-Dieu, où on lui pratiqua de suite une nouvelle saignée. Le 16, elle était dans l'état suivant : Douleur répandue dans toute la cavité du crâne, se faisant sentir par élancemens violens, étant le sujet principal des plaintes de la malade; face abattue; vue trouble; pupilles légèrement dilatées; mouvemens des membres lents et faibles; langue humide, saburrale; nausées et même vomissemens; constipation depuis plusieurs jours; pouls tellement ralenti qu'on ne comptait pas au-delà de 35 à 40 pulsations par minute; peau d'une température naturelle. (20 *sangsues derrière les oreilles; calomel gr.* ij ; *lavement purgatif; tisane de tilleul*). Le 17, étourdissemens, accablement plus profond; paupières pesantes et closes; parfois divergence des axes optiques; la malade dit que tous les objets sont en mouvement autour d'elle, et que ce tournoiement lui soulève l'estomac; sa vue est confuse; elle s'assoupit dès qu'on cesse de lui parler; la céphalalgie est désignée par la sensation d'un bandeau qui serrerait étroitement le front; par momens la respiration devient suspirieuse; le pouls donne aujourd'hui 50 pulsations par minute; il est faible et inégal. (*Vésicat. à la nuque.*) Le 19, assoupissement continuel; pouls à 62 pulsations par minute, toujours faible et inégal; légère déviation à droite de la commissure des lèvres; demi-résolution des membres des deux côtés du corps; langue rouge à ses bords, un peu desséchée à son centre. (15 *sangsues derrière les oreilles.*) Le 20, pommettes d'un rouge violet; yeux gros et comme proéminens; pupilles dilatées et faiblement mobiles; conjonctives rouges et injectées; paupières inégalement ouvertes, la droite plus abaissée que la gauche; commissures des lèvres toujours un peu tirées à droite; du reste, la malade est dans un état de somnolence presque continuel; la température de la peau est

devenue fébrile; le pouls s'élève à 79 pulsations par minute; il est assez développé, résistant et plus régulier que les jours précédens. (15 *sangsues derrière les oreilles; tamarin émétisé; calomel gr.* iij ; *lavement purgatif.*) Le 21, fréquence démésurée du pouls, qui bat au moins 160 fois par minute; coma et résolution complets; face bleuâtre, vultueuse; yeux saillans; pupille droite largement dilatée, la gauche un peu moins; respiration entrecoupée; bouche entr'ouverte. Au moment de la mort, injection en noir des vaisseaux de la face; égale dilatation des deux pupilles.

Ouverture du cadavre le 22. — *Tête.* Tension de la dure-mère sur le cerveau; aplatissement des circonvolutions; rougeur et injection de la pie-mère, sans déposition de fausses membranes à sa surface, à l'exception d'une plaque opaque et granuleuse qui se voyait le long du sinus longitudinal supérieur, et qui paraissait appartenir aux glandes de Paccioni tuméfiées. Ayant décollé la pie-mère dans une grande étendue, nous l'avons trouvée recouverte de petites granulations arrondies, du volume d'une tête d'épingle, de couleur grise, dures et demi-transparentes, faisant corps avec cette membrane et lui adhérant; nous en avons compté une vingtaine à la convexité du cerveau, les unes discrètes, les autres confluentes. De plus, énorme épanchement dans les ventricules cérébraux d'un liquide entièrement transparent, allant à quatre onces dans chaque ventricule latéral, et un peu plus considérable dans le gauche que dans le droit; tuméfaction et rougeur des plexus choroïdes; point de ramollissement sur les parois des ventricules ni dans la cloison qui les sépare; toutes ces parties étaient cependant plus molles que dans l'état naturel; il en était de même pour le reste de la substance cérébrale, dans laquelle on voyait beaucoup de ponctuations rouges. En outre, dans la moi-

tié droite de la protubérance annulaire et la portion correspondante dc l'éminence vermiculaire supérieure du cervelet, existait une véritable suffusion sanguine sans lacération, mais avec ramollissement de ces parties, qui offraient une couleur noire violacée, et scmblaient imprégnées de sang. Cette altération était d'autant plus apparente, que le reste de la protubérance annulaire ct du cervelet présentait une couleur et une consistance naturelles. Tout au voisinage, la pie-mère était elle-même recouverte d'une couche mince de sang noir, concret et pour ainsi dire combiné avec son tissu; là aussi elle était parsemée d'un grand nombre de granulations semblables à celles dont il a été question. Les poumons en contenaient des myriades éparses dans tous les points de leur substance sans qu'ils fussent autrement altérés; il en existait encore un certain nombre sur la portion du péritoine qui tapisse la face antérieure de l'estomac; la membrane muqueuse de ce viscère était ridée, mamelonnée et d'une couleur rouge, les autres organes à l'état sain.

Dans cette observation, comme dans la précédente, on trouve pour lésion primordiale un grand nombre de granulations répandues en diverses parties, et notamment dans le réseau de la pie-mère où elles paraissaient avoir favorisé l'afflux considérable de sérosité dans les ventricules cérébraux, et déterminé en outre une suffusion sanguine dans l'épaisseur de la pie-mère et de la protubérance annulaire. Les symptômes observés dans ce cas ont été d'abord en grande partie ceux de l'hydrocéphale aiguë, tels que la céphalalgie, les vomissemens, la lenteur extrême du pouls, l'obtusion des sens, et principalement celui de la vue; mais plus tard ces symptômes ont offert quelques particularités qui s'accordent assez bien avec la complication d'une hémorrhagie cérébrale; la face est devenue vultueuse, l'œil rouge et proéminent; la mort est survenue promptement

avec les annonces d'une surcharge sanguine dans le cerveau.

Obs. XVIII.e — Un chapelier, âgé de 28 ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'Hôtel-Dieu sans connaissance le 29 mars 1827. Ses parens rapportèrent qu'il avait pris, il y a quinze jours, quelques bains très-chauds de vapeur à l'hôpital Saint Louis; que, depuis cette époque, il avait éprouvé un grand mal de tête, et de temps en temps du délire interrompu par quelques momens lucides; on ne l'avait soumis à aucun traitement; il était dans l'état suivant : Stupidité complète; absence de mémoire; réponses vagues et sans suite; langue humide; peau d'une température naturelle; pouls lent. Sur le soir, agitation délirante; le malade veut quitter le lit, se débat et se révolte contre les infirmiers de la salle. (*Forte saignée du pied.*) Le 30, coma, abolition entière de la connaissance et de la motilité; les membres soulevés retombent comme des masses inertes; aucune déviation aux commissures des lèvres; respiration embarrassée, stertoreuse; bouche entr'ouverte; langue rétractée et dirigeant sa pointe vers la voûte palatine; pupille gauche très dilatée, la droite au contraire resserrée; pouls régulier à 60 pulsations par minute. (*Vésicat. aux jambes.*) Mort instantanée à trois heures après midi.

Ouverture du cadavre le lendemain. — *Tête.* Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne assez abondante; rougeurs semblables à de petites ecchymoses dans quelques replis de la pie-mère, lesquels étaient garnis d'un grand nombre de granulations semblables à celles dont il a été parlé plus haut; sablure assez marquée de la substance cérébrale, qui était en général humide et peu consistante; plusieurs cuillerées à bouche de liquide transparent dans chaque ventricule latéral, avec ramollissement gélatiniforme de la cloison qui les sépare et du trigone cérébral;

un filet d'eau versé sur ces parties les réduisait en détritus; le même effet avait lieu sur les parois des ventricules, mais à leur partie postérieure seulement. A la base du cerveau, caillots sanguins noirs infiltrés, et déposés en lamelles minces dans le tissu de cette portion de la pie-mère qui recouvre l'entrecroisement des nerfs optiques, le plancher du troisième ventricule et le pourtour de la protubérance annulaire. Cette membrane présentait encore là des granulations, et au-dessous d'elle, la substance cérébrale était piquetée en noir, rapprochée. De plus, la moitié antérieure de la protubérance annulaire offrait une couleur noirâtre, comme si elle était pénétrée de sang, sans qu'il y eût cependant de foyer apoplectique dans son épaisseur. Du reste, cette lésion était plus marquée dans le côté droit que dans le côté gauche de la protubérance annulaire; les autres organes n'ont rien présenté de particulier.

Cette observation offre tant d'analogie avec la précédente, que nous nous dispenserons d'y ajouter aucune réflexion particulière; nous ferons remarquer seulement que les productions étrangères développées dans le cerveau ou ses membranes sont assez souvent des causes prédisposantes ou déterminantes d'épanchement dans les ventricules de cet organe, comme l'attestent les faits précédemment exposés; que, parmi ces productions, les granulations de la pie-mère produisent quelquefois en outre des suffusions et des épanchemens sanguins dans l'épaisseur de cette membrane et les portions de substance cérébrale adjacentes; que c'est, enfin, là une cause assez fréquente de l'hémorrhagie cérébrale qui affecte spécialement les méninges, et que, pour cette raison, on a désignée sous le nom d'apoplexie méningée. Nous pourrions appuyer cette dernière assertion par beaucoup de faits, mais ils seraient étrangers à notre sujet. Il semble que ces gra-

nulations, comparables aux tubercules à l'état de crudité, déterminent des fluxions hémorrhagiques dans le cerveau, comme elles ont coutume de le faire à l'égard du poumon dans le premier degré de la phthisie pulmonaire.

V.e *Section.* — *Hydrocéphales chroniques et non-congéniaux, simples ou compliqués d'autres maladies cérébrales.*

Obs. XIX.e — Un marchand de vin âgé de 45 ans, ancien cantinier dans les armées, à peau velue, tête volumineuse, cou rapproché d'une large poitrine, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 29 septembre 1827. Depuis six mois, on avait remarqué qu'il trébuchait en marchant, et que la jambe droite notamment ployait sous lui presque à chaque pas qu'il faisait. Depuis deux mois, à la faiblesse musculaire s'était joint de la difficulté à parler et du bégaiement; en même temps les facultés intellectuelles étaient devenues obtuses, le malade ne pouvait plus diriger lui-même ses affaires; enfin, depuis un mois, il était tombé dans l'état que voici; on n'a pas rapporté qu'il eut éprouvé de la douleur à la tête : embarras extrême dans les réponses, mais de telle sorte que le malade paraît avoir la volonté et non la possibilité de parler; il essaie en effet, à plusieurs reprises, de proférer quelques paroles, mais elles sont fréquemment interrompues, et dégénèrent bientôt en un bredouillement confus analogue à celui qu'on observe chez les individus frappés d'apoplexie. La commissure des lèvres est légèrement déviée à gauche, la langue se porte au dehors en sens opposé, la joue droite semble rentrer dans la bouche quand le malade parle, et se distend davantage que la gauche lorsqu'il cherche à les gonfler par insufflation; les membres ne paraissent point participer à ce commencement de paralysie, ils sont également mobiles à droite et à gauche; la langue est hu-

mide et sale, la respiration naturelle, la face rouge, le pouls dur, plein, résistant, à 60 pulsations par minute; les pupilles sont assez étroites et égales en largeur, les paupières rouges et encroûtées d'une chassie épaisse à leur bord libre. (*Forte saignée du pied, tisane d'arnica, lavement purgatif.*) Au soir, malgré la saignée, la face est encore fortement colorée, le pouls à 80 pulsations par minute, la peau en sueur, l'œil sensible à l'impression de la lumière; l'embarras de la parole est tel que le malade ne peut répondre à aucune question; il fait entendre en marmottant quelques sons inintelligibles, et par momens agite et roidit les membres comme s'il était dans un état voisin du délire; on a recours à la chemise de force. (*Saignée du bras de quatre palettes.*) Elle se recouvre immédiatement d'une couche épaisse de couenne. Le 30, face moins colorée que la veille, conjonctives rougeâtres, chassie épaisse aux angles des yeux découlant en longues traînées le long des joues; expression de stupidité dans l'ensemble des traits; cependant le malade paraît connaître sa position, il regarde attentivement les cordes qui attachent la chemise de force aux pieds du lit, et les tiraille avec violence comme pour se soustraire à ce moyen coercitif; par momens il pousse de profonds soupirs, on remarque toujours une déviation sensible de la bouche à gauche, le pouls a perdu une partie de sa force et de sa fréquence. (*Troisième saignée, quatre palettes.*) Caillot dense, couenne superficielle. Au soir, léger redoublement, face colorée, pouls tendu, plein et comme vibrant, mais sans fréquence; il est à noter qu'à l'artère radiale droite le pouls est moins développé qu'à la gauche, et que l'impulsion du cœur est assez forte. (*Quatrième saignée de quatre palettes, caillot à peine couenneux nageant au milieu de beaucoup de sérosité.*) Le 1.er octobre, face nuancée de jaune, pouls moins dur que la veille, mais

encore vif et tendu; par momens, roidissement et secousses brusques dans les membres; intelligence de plus en plus obtuse; son exercice n'est manifeste qu'en ce que le malade tourne les yeux vers la personne qui lui parle, comme pour lui prêter attention, et qu'il tire la langue lorsqu'on lui en fait la demande ou bien quand, en forme de signe, l'observateur tire la sienne. (*Douze sangsues le long de la veine jugulaire gauche, tisane de veau tamarinée.*) Au soir, état pire que celui du matin; rire niais, bredouillement confus, secousses fréquentes dans les membres. Les 2, 3 et 4 octobre, aucun changement. (*Vésicatoire à chaque jambe; purgatif administré en deux doses, et composé de feuilles de bétoine et poudre d'asarum de* ℈j *chaque, sulfate de soude* ʒiij, *graine de moutarde* ℈j, *raifort et cochléaria de chaque* ℥ß, *séné* ʒiij, *le tout bouilli dans une livre d'eau jusqu'à réduction de moitié.*) Le 5, évacuations alvines abondantes et répétées. Le 6, la face a une apparence de maigreur et une teinte jaunâtre qui n'existaient pas la veille; le malade semble éprouver moins d'embarras dans la parole, il prononce nettement *bonjour monsieur;* sa langue est brune et sèche au centre, point de fièvre. Le 7, nouvelle administration du purgatif précédent, en portant la dose du séné et du sulfate de soude à ℥ß chaque. Pendant la journée, superpurgation. Au soir, le malade est plus mal, il ne comprend aucune question et ne répond à aucune; il porte sur sa face, pâle et décharnée, tous les caractères de l'idiotisme le plus complet; en outre, les membres du côté droit éprouvent un commencement de paralysie, ils se soutiennent à peine quand on les soulève; la commissure des lèvres est toujours un peu déviée à gauche. Le 8, aucun signe d'intelligence; le malade ne tourne plus les yeux, comme il le faisait, vers la personne qui lui adressait la parole; il ne peut sortir la langue et ne fait aucun

effort pour cela quand on lui en fait la demande; ses yeux sont ouverts et stupidement fixés vers le même objet; la paralysie des membres du côté droit a fait des progrès, mais ces membres sont encore sensibles à l'action du pincement; à gauche, rien de changé dans la motilité et la sensibilité, mais il existe de la raideur, et par moment on observe des secousses brusques dans les membres de ce côté. Du reste, le pouls est devenu fréquent, il s'élève à 100 pulsations par minute; le ventre est cave, la langue brune et sèche. (*Tamarin, lavement, vésicatoire à la nuque.*) Le 9, aucun autre changement, si ce n'est que le malade paraît se prêter aux questions qu'on lui adresse, mais sans articuler aucun son; on remarque, d'ailleurs, les mêmes secousses dans les membres du côté gauche, ces secousses offrent un caractère particulier qu'il est bon d'indiquer; elles semblent partir de l'épaule ou de la hanche, et ébranlent tout-à-coup le membre en totalité en en partie; bornées tantôt à un ou deux muscles, tantôt à plusieurs d'entre eux, elles font fléchir subitement le pied, le genou, la main ou l'avant-bras, comme si ces parties étaient soumises à l'action d'un courant électrique; elles reviennent toutes les deux à trois minutes, celles du membre supérieur ne coïncident point avec celles de l'inférieur. On n'observe rien de tel dans les membres du côté droit; le supérieur est preque entièrement privé de mouvement, l'inférieur jouit encore d'un peu de motilité, l'un et l'autre sont sensibles au pincement. (*Eau vineuse.*) Les 10 et 11, face jaunâtre vernissée par une sueur grasse; secousses plus rares dans les membres du côté gauche. Le 12, supination, affaissement, escarrhes commençantes au sacrum, somnolence, toux grasse, respiration ronflante. Le 13, embarras considérable dans la respiration, pouls petit et faible, mort le 14 à trois heures du matin.

Ouverture du cadavre le 15. — Maigreur avancée, peu

de roideur cadavérique. — 1.° *Tête.* Os du crâne durs et épais; infiltration séreuse sous-arachnoïdienne assez abondante; pie-mère se détachant nettement de la surface des circonvolutions, parcourue par quelques troncs veineux, ne présentant nulle part de rougeur contre-nature ou de concrétions pseudo-membraneuses à sa surface. Circonvolutions légèrement aplaties; ventricules distendus par une quantité très-notable de sérosité entièrement limpide, trois onces environ pour le ventricule latéral droit, et cinq on[illegible] pour le gauche, qui était sensiblement plus dila[illegible] le droit. Débarrassées de ce liquide, ces cavités [illegible] se sont point affaissées, comme il arrive ordinairement; on aurait pu facilement loger trois doigts réunis dans tout leur contour. En examinant leur surface, nous avons rencontré une altération fort remarquable de la membrane qui les tapisse, altération qui était peu apparente lorsque les parties n'étaient point soumises au grand jour; cette membrane offrait une couleur sale et terne, elle était parsemée d'un nombre considérable d'aspérités semblables à de petits grains de sable dont on aurait aspergé sa surface; ces aspérités avaient, en général, le volume d'une tête d'épingle; elles étaient dures à la section, solides, résistantes, rapprochées les unes des autres et, en quelque sorte, confluentes; elles paraissaient développées dans l'épaisseur même de la membrane interne des ventricules; nous les avons comparées, par leur forme, leur couleur, leur aspect, aux granulations qui se forment à la surface du péritoine dans certaines phlegmasies chroniques de cette membrane; elles étaient, enfin, aussi apparentes dans un ventricule que dans l'autre, dans le troisième et le quatrième ventricules que dans les latéraux, et sur chaque côté de la cloison qui sépare ces dernières cavités que dans le reste de leur étendue. En passant le doigt par-dessus, on avait

la même sensation que si cette surface eut été recouverte d'une peau de chagrin; en pressant, on éprouvait une résistance insolite, comme si les parties subjacentes eussent acquis une densité contre-nature; mais cette résistance tenait uniquement à l'épaisseur et à la consistance de la membrane qui enveloppait toutes ces parties, à-peu-près de la même manière que la plèvre, épaissie ou recouverte de fausses membranes, fait paraître le tissu pulmonaire dur au toucher. En effet, les corps striés, les couches optiques, la cloison interventriculaire, en un mot, toute la substance cérébrale, coupée tranche par tranche, avaient une consistance naturelle et ne présentaient pour tout changement qu'un état d'humectation et un aspect luisant qu'on ne remarque pas ordinairement. Notons que les ouvertures de communication des ventricules latéraux avec le moyen étaient béantes et élargies au point de recevoir facilement un gros tuyau de plume. Cet élargissement paraissait être un effet du retrait de la membrane qui borde ces ouvertures en passant de l'une à l'autre de ces cavités; ajoutons que les plexus choroïdes formaient deux cordes dures, tordues, renflées et rétrécies d'espace en espace comme un chapelet, altérations qui tenaient encore à l'épaississement de la membrane qui recouvre ces prolongemens vasculaires; du reste, le cervelet et la moelle épinière étaient dans l'état naturel. — 2.° *Thorax.* Poumons liés aux côtes par d'anciennes adhérences, fortement engoués à leur partie postérieure, sains d'ailleurs. Cœur présentant une notable hypertrophie avec dilatation de son ventricule gauche, sans lésions à ses orifices. — 3.° *Abdomen.* Membrane muqueuse gastrique évidemment altérée, çà et là arborisée, ponctuée en rouge, marquetée de bandes noires ou ardoisées, d'une faible consistance, et réduite à une sorte de vernis muqueux dans le grand cul-de-sac. Intestins

grèles fortement injectés en rouge vers leur partie inférieure; gros intestins à-peu-près sains et contenant des matières fécales liquides.

Nous avouerons franchement que l'examen et l'analyse des symptômes exposés dans cette observation ne nous ont point amené à la connaissance de la nature anatomique de la maladie; si l'on cousulte les renseignemens, on voit que, depuis long-temps, le côté droit du corps était plus faible que le gauche; plus tard, la déviation de la bouche à gauche, et, en dernier lieu, la paralysie des membres du côté droit, tout en confirmant l'exactitude de cette première donnée, semblaient annoncer que l'hémisphère gauche du cerveau était le siége d'un mal dont la marche lente et graduelle s'accordait assez bien avec celle d'une suppuration, d'un ramollissement cérébral simple ou compliqué d'un épanchement sanguin, eu égard à la constitution tout apoplectique du sujet. À présent que nous connaissons toutes les données du problême, est-il possible d'expliquer les symptômes par les lésions et de trouver ainsi les caractères distinctifs de cette maladie? Admettons d'abord, ce qui nous paraît incontestable, que l'épaississement graniforme de la membrane interne des ventricules cérébraux est le résultat d'une inflammation lente et analogue, dans ses produits, à certaines péritonites chroniques; admettons encore que cet épaississement, en troublant l'exhalation ou l'absorption de cette membrane, a donné lieu à une hydropisie consécutive, comme il arrive ordinairement en pareil cas pour le péritoine et les autres membranes séreuses. Or, ce mode chronique d'altération a dû mettre un certain laps de temps avant de parvenir au degré où nous l'avons rencontré sur le cadavre, ce qui, déjà, est en rapport avec l'ancienneté de la maladie et la lenteur de ses progrès. Si nous reconnaissons maintenant, comme l'autop-

sie cadavérique l'a démontré, que l'épanchement était plus considérable dans le ventricule latéral gauche du cerveau que dans le droit, nous expliquerons par là comment une paralysie s'est manifestée dans le côté droit plutôt que dans le côté gauche du corps, paralysie qui, ayant été incomplète jusqu'à la mort, n'annonçait point une désorganisation profonde et entière dans ses effets, comme le sont ordinairement un ramollissement, un abcès, un épanchement sanguin dans le cerveau, parvenus au point d'anéantir la vie. La même induction pouvait être tirée du genre d'altération qu'avaient subie les facultés intellectuelles; il y avait, en effet, plutôt obstacle à la manifestation de ces facultés, par le moyen des organes des sens et de la parole en particulier, que manque de perception, défaut ou perversion d'idée, état qui, de même que la paralysie, semble appartenir moins à une désorganisation anéantissant ou troublant les fonctions du cerveau, qu'à une compression laissant encore à ces fonctions quelque latitude dans leur exercice normal. Mais parmi tous ces phénomènes, le plus remarquable consistait dans le roidissement des membres, et surtout dans les secousses fortes, instantanées et, pour ainsi dire, électriques, qui ont agité ceux du côté gauche; n'ayant jamais observé ce phénomène à un degré aussi marqué et avec les mêmes caractères dans aucune maladie cérébrale, nous le rangerions volontiers dans la classe des symptômes propres à indiquer une arachnite, un hydrocéphale chronique des ventricules. Mais ce symptôme, tardif dans son apparition, ne s'est montré que dans la dernière période de la maladie, alors que le diagnostic n'a pas la même importance et le traitement la même efficacité.

Quoi qu'il en soit, on reconnaîtra de notables différences entre cette forme chronique de l'hydrocéphale et

celle dont nous avons parlé dans nos premières observations, différences puisées principalement dans la durée de la maladie et l'absence de quelques phénomènes ordinaires à l'hydrocéphale aiguë, tels que la céphalalgie, la lenteur du pouls, la dilatation des pupilles. Il faut dire toutefois que le malade n'ayant point été observé au début, la céphalalgie a pu exister, sans attirer l'attention des personnes qui nous ont fourni les renseignemens, que le pouls n'a été fébrile que par momens, sa plénitude et sa dureté tenant en grande partie à l'hypertrophie avec agrandissement du ventricule gauche du cœur; qu'enfin, si les pupilles n'ont point présenté de dilatation, les conjonctives ont du moins offert une rougeur intense en rapport avec l'irritation permanente dont le cerveau était le siége.

Le traitement, quoique fort actif, a été impuissant contre une maladie qui avait poussé de si profondes racines; les émissions sanguines, bonnes pour diminuer la congestion cérébrale, devaient être insuffisantes pour détruire la cause organique qui l'entretenait. Le purgatif drastique, administré plus tard, a semblé produire d'abord un certain amendement; mais repété, son influence a été fâcheuse. De cette époque datent l'apparition de la paralysie dans les membres, la stupeur profonde du malade, la sécheresse de la langue, et probablement le développement de cette phlogose gastro-intestinale dont nous avons retrouvé les traces à l'ouverture du cadavre.

Obs. XX.e—Une femme, âgée de 60 ans, mourut au bout de quinze jours, dans les salles de l'Hôtel-Dieu en 1827, sans présenter aucun changement dans l'état que voici : coucher en supination, perte de l'usage de la parole et en général de tous les sens de relation, de telle sorte que la malade paraissait étrangère à toutes les impressions venant du dehors; elle ne proférait aucune plainte, aucun cri, n'exécutait aucun mouvement, et semblait plongée

dans l'engourdissement le plus profond; les conjonctives étaient rouges, les paupières bordées par une chassie épaisse, les pupilles plutôt resserrées qu'élargies, les membres supérieurs roides à l'extension et demi-fléchis; la région cervicale offrait pareillement de la roideur: la face était tournée et inclinée à gauche par la contraction permanente du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien du côté droit; il fallait employer une certaine force pour la ramener sur la ligne médiane, et dès qu'on abandonnait la tête à elle-même, elle reprenait insensiblement la première position; d'ailleurs le pouls n'était point différent de l'état naturel; il n'y avait point de déviation aux commissures des lèvres, point de paralysie réelle dans les membres, mais un état d'affaissement et d'inertie : la mort a été précédée d'un râle bruyant avec embarras dans la respiration; elle est arrivée le 9 février 1828. Nous n'avons pu obtenir d'autre renseignement sur le compte de cette malade, si ce n'est que, depuis quatre mois, elle était tombée graduellement dans l'état que nous venons d'indiquer.

Sur le cadavre, il y avait un épanchement séreux abondant dans les ventricules cérébraux, et principalement dans les latéraux; ces cavités étaient au moins des deux tiers plus amples que dans l'état naturel; la membrane qui les tapisse, sans être granuleuse, était opaque, épaisse, ferme, consistante, et pouvait s'enlever par lambeaux assez larges sans se rompre; sous elle rampaient quelques vaisseaux rouges et ramifiés. Toute la masse encéphalique était mollasse, humide et comme pénétrée de sérosité; toutefois il n'y avait point de ramollissement dans aucune de ses parties, ni de suppuration ou d'autre altération dans ses enveloppes. Mais entre la tente du cervelet et l'hémisphère droit de cet organe, on voyait une tumeur aplatie sur deux faces opposées, arrondie dans son contour, de deux pouces environ de diamètre, sur un demi-pouce d'épaisseur, logée

pour ainsi dire entre les lobes du cervelet, qui étaient creusés pour la recevoir. Cette tumeur ne tenait au cervelet que par quelques prolongemens cellulo-vasculaires; mais supérieurement elle adhérait assez fortement à la tente de cet organe par un pédicule étroit et court. Anatomiquement considérée, elle avait une organisation fort analogue à celle des capsules surrénales; elle se résolvait en grains blanchâtres, faiblement cohérens entre eux, et que la plus légère pression suffisait pour écraser; une trame vasculaire rougeâtre réunissait tout cet amas de corpuscules glandiformes. Le point du cervelet qui avait servi de réceptacle à la tumeur, offrait une dépression de même configuration que cette dernière, mais sans aucune altération de substance; seulement les lamelles nerveuses y étaient rares et écartées. La matrice contenait un grand nombre de petits corps fibreux; la cavité de son col était rétrécie et presque oblitérée à l'entrée du corps. Rien autre à noter.

Cette observation ne comporte pas de longs commentaires à cause de la brièveté de ses détails du vivant de la malade; nous établirons seulement comme faits résultant de l'examen du cadavre, que l'épanchement des ventricules cérébraux tenait à une inflammation chronique de la membrane qui tapisse ces cavités, inflammation dénotée par l'épaississement et la densité contre-nature de cette membrane, et que cette lésion avait probablement succédé au développement de la tumeur anormale qui comprimait le cervelet, d'où il suit que l'hydrocéphale chronique, de même que l'hydrocéphale aiguë, peut être consécutive à d'autres affections cérébrales. D'ailleurs, les symptômes que nous avons observés n'ont offert rien de caractéristique, rien qui pût amener à la connaissance de cette double lésion.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Supplément au Mémoire sur les abcès chroniques des parois de la poitrine; par P. MÉNIÈRE, *D.-M.-P.* (1).

A l'instant où l'impression de notre travail était achevée, nous rencontrâmes à la Clinique de M. Dupuytren, le 21 novembre dernier, un fait qui forme en quelque sorte le complément de ceux que nous avons recueillis. Les détails nous ont été fournis par l'interne de la salle où se trouvait la malade, et la nécropsie a été pratiquée publiquement par le professeur lui-même.

Une femme de 40 ans, tourmentée depuis longues années par une dyspnée avec toux catarrhale, fut reçue à la salle *Saint-Côme*. Elle portait une tumeur du volume d'un œuf sur le trajet de la huitième côte droite, au-dessous et un peu en arrière du sein. On se contenta de recouvrir cette région d'un cataplasme. La peau était amincie, violacée; elle s'ouvrit bientôt et donna issue à un pus jaunâtre et d'assez mauvaise nature. L'ouverture resta fistuleuse et assez large pour recevoir le bout du petit doigt, au moyen duquel on constata la carie d'une côte.

Plus d'un mois après l'ouverture spontanée de la première tumeur, la malade se plaignit d'une vive douleur en dehors du sein, vis-à-vis la quatrième côte. En examinant cette région, on trouva une tuméfaction légère, mais qui augmentait dans les efforts de toux et donnait la sensation d'un gargouillement considérable. Une incision fut pratiquée en cet endroit et donna issue à une petite quantité de pus infiltré dans le tissu cellulaire et à du sang écumeux. La malade mourut le même jour dans la soirée sans que la petite hémorrhagie se fut reproduite. L'ouverture du cadavre fut faite le surlendemain à dix heures.

La plèvre gauche est le siége d'un épanchement séreux

(1) *Voyez* ce Mémoire, Numéro de novembre 1829, p. 381.

très-considérable, le poumon de ce côté est sain et a peu perdu de son volume; le médiastin est fortement déprimé du côté droit. Le poumon droit est refoulé dans la gouttière vertébrale et adhérent de toutes parts à la plèvre costale voisine. Son tissu est raréfié, parsemé de tubercules miliaires; il paraît absolument privé d'air et de sang. La partie antérieure du thorax est remplie par la saillie que forme le médiastin, par le péricarde qui correspond presque immédiatement à la face interne des côtes droites, et enfin par d'anciennes brides celluleuses fortement organisées et infiltrées de sérosité trouble.

L'ancien trajet fistuleux conduit au bord supérieur de la huitième côte qui est dépourvu de périoste et rugueux dans l'étendue d'un demi-pouce. Aux environs, le périoste est épaissi et infiltré de pus. La plèvre qui double la côte est ramollie dans une étendue de quatre à cinq lignes; ce point altéré se trouve en contact avec des adhérences celluleuses anciennement organisées; il ne communique pas avec le poumon.

L'ouverture récemment pratiquée conduit à un abcès diffus dans l'épaisseur du grand pectoral, sous ce muscle et entre les faisceaux des intercostaux. La côte n'est point altérée, mais il y a ouverture de la plèvre, comme si un tubercule du volume d'un pois s'était ramolli et avait donné lieu à cette perforation. On n'a pas retrouvé la source de la petite hémorrhagie dont nous avons parlé; elle dépendait probablement de la section d'un rameau des thoraciques ou des intercostales. Le déplacement du cœur a fait voir que l'oreillette droite, énormement distendue, correspondait très-exactement à la plaie; elle eût très-bien pu être blessée. Tous les autres organes n'ont rien offert d'extraordinaire.

On retrouve dans cette observation deux choses bien distinctes, l'abcès chronique semblable à tous ceux que

nous avons décrits, puis une double perforation de la plèvre survenue dans les derniers temps et appartenant à une tout autre origine. La matière tuberculeuse déposée sous les côtes, a subi ses tranformations accoutumées et donné lieu aux accidens relatés, tandis que la tumeur lentement développée et ouverte spontanément, a suivi une marche toute différente. Quant aux traces de gangrène de la plèvre qui ont été rencontrées sur ce sujet, nous ne pouvons en assigner la valeur réelle, faute d'un examen suffisant.

En relisant l'article *Gangrène de la plèvre*, dans l'ouvrage de Laennec, t. II, p. 127, on trouve que cet auteur a vu des abcès se former dans l'intervalle des côtes et dégénérer en fistules incurables, par suite de l'altération des os. Il est à regretter qu'un observateur aussi judicieux n'ait pas donné plus de détails sur ce sujet. Il cite l'ouvrage du professeur Andral, et une observation du docteur Betty, insérée dans le tome III des *Archives*, page 616. Ce dernier fait n'a aucun rapport avec ceux dont il est question, car la plèvre était parfaitement saine ainsi que toutes les parties extérieures correspondantes. C'est un simple empyême de nécessité. Nos abcès froids sont toujours restés étrangers aux lésions du poumon ou de la plèvre, et c'est surtout en cela qu'ils diffèrent de tous les autres.

Depuis l'époque où nous avons indiqué la marche que suivait l'abcès de la malade qui fait le sujet de la dernière observation de notre mémoire, il est survenu quelques accidens dignes d'être mentionnés. La petite plaie s'est cicatrisée et il ne restait presque plus de douleur dans cette région, lorsque la malade s'étant exposée à un courant d'air froid, a contracté une bronchite très-aigue. Les secousses causées par la toux ont occasionné une vive douleur dans les environs de la cicatrice; il est survenu du gonflement, de la fluctuation obscure, et le quatrième jour la plaie s'est ouverte. Il s'est écoulé deux cuillerées

de pus blanc et visqueux. Les jours suivans, la malade a été tourmentée par un bruit de gargouillement très-fort et qui accompagnait chaque quinte de toux. J'ai trouvé en effet le sac distendu par de l'air, et je l'ai expulsé par des pressions méthodiques. Un emplâtre fortement adhésif et un appareil approprié ont mis fin à ce symptôme qui inquiétait beaucoup la malade. Au bout de huit jours, la suppuration s'est tarie et la plaie de nouveau refermée. La bronchite, traitée avec succès par des émolliens, le repos et un régime sévère, a promptement diminué et favorisé la guérison de l'abcès; l'auscultation pratiquée plusieurs fois avec beaucoup de soin, m'a prouvé que le gargouillement ne dépendait que des mouvemens de la poitrine et non pas d'une lésion de la plèvre ou du poumon.

L'importance de ce dernier phénomène et les indications thérapeutiques qu'il fournit, m'engagent à consigner ici une observation qui se rattache directement à mon sujet. Elle aura l'avantage d'éclairer le diagnostic différenciel des abcès qui occupent les parois thoraciques.

Un jeune homme de 26 ans, grand et robuste, entra le 25 mai 1827, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n.° 32; il était malade depuis huit jours et offrait tous les symptômes d'une pleurésie aiguë à droite. De nombreuses saignées locales et générales avaient été faites, mais sans succès apparent. Le côté malade était élargi, le bruit respiratoire ne s'entendait que dans une étendue de quatre travers de doigt le long du sternum, partout ailleurs la percussion ne donnait qu'un son mat. Les espaces intercostaux étaient élargis, la dyspnée forte, les quintes de toux violentes, la fièvre vive. Un traitement anti-phlogistique très-actif n'amena aucun soulagement.

Le 18.e jour de la maladie, il y eut tout-à-coup une diminution notable des symptômes; le malade avait senti pendant la nuit un point de côté fort douloureux en dedans

et au niveau du mamelon, entre la cinquième et la sixième côtes; je trouvai en cet endroit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, applatie, élastique, fluctuante et peu douloureuse à la pression; on y percevait un gargouillement très-considérable accompagnant chaque mouvement d'expiration. En moins de huit jours, cette tumeur, que l'on regardait comme un empyême spontané et qui semblait être le résultat d'une gangrène de la plèvre, s'élargit au point d'offrir plus de six pouces de diamètre. Elle fut examinée à diverses reprises par le docteur Carswell, par M. Dance, agrégé de la Faculté et par mon collègue et ami le docteur Schedel.

On fit avec une lancette une petite ponction à la partie la plus saillante, et il en sortit plus de trois livres de pus crémeux, inodore, homogène; chaque effort de toux le faisait jaillir par saccades. Le soulagement fut très-grand; la plaie fut réunie d'une manière immédiate. Chaque jour on appercevait les progrès de la dilatation du poumon; la fièvre cessa presque totalement, l'appétit revint. Un appareil compressif maintenait les parois du sac rapprochées et s'opposait aux grands mouvemens du thorax.

De nouveaux accidens reparurent, et au 40.e jour, la dyspnée était presque aussi forte qu'à l'époque de l'ouverture de l'abcès. La matité et l'absence du bruit respiratoire prouvaient que l'épanchement était considérable; le grand pectoral était soulevé; on fit une seconde ponction qui donna issue à une livre environ de pus moins épais que le premier. Cette fois la petite ouverture ne se réunit pas et suppura abondamment pendant huit jours. Cependant le malade se trouvait bien, la convalescence paraissait s'affermir, et tout présageait une guérison prochaine, lorsqu'il fut pris tout-à-coup de fièvre avec dyspnée extrême, toux, crachats rubigineux; l'auscultation du poumon droit fit reconnaître en plusieurs points

du râle sous-crépitant; à gauche il y avait un bruit semblable, mais plus étendu, surtout dans le lobe inférieur. Deux mois de maladie avaient tellement affaibli le sujet, qu'on ne put combattre cette double phlegmasie que par quelques applications de sangsues et des révulsifs, tant sur la peau que sur les intestins. On donna même le tartre stibié à haute dose, mais sans succès, et la mort survint le quatrième jour après l'invasion de cette rechute.

La *nécropsie*, faite le 24 juillet, donna pour résultat une double pneumonie lobulaire, avec hépatisation presque grise et ramollissement profond de la substance pulmonaire, surtout à gauche. Quelques adhérences récentes existaient entre le poumon droit et la plèvre costale. Il y avait au plus trois onces de sérosité trouble dans la cavité séreuse. Le poumon de ce côté avait à peine la moitié de son volume normal. La plèvre, décollée dans les trois quarts externes de son étendue, était repoussée en dedans par une vaste collection purulente, située entre elle et les côtes. Elle s'étendait depuis la troisième côte jusqu'aux attaches du diaphragme qui bombait fortement en bas et déprimait le foie. Entre la cinquième et la sixième côtes, il y avait une ouverture arrondie qui faisait communiquer ce vaste foyer avec la tumeur extérieure; cette dernière était sous-cutanée et déjà en partie refermée. Tous les autres organes furent trouvés sains. La muqueuse gastrique ne parut pas altérée par le contact de l'émétique.

Comme on le voit, cette maladie si remarquable avait été complètement méconnue. L'erreur de diagnostic n'a causé aucun préjudice au patient, puisque le traitement n'eût pas différé, dans le cas où l'on eût eu l'idée la plus exacte sur sa nature et son siége. Quoi qu'il en soit, ce fait prouve que les phlegmons extrà-séreux ont besoin d'être étudiés avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. L'auscultation est sans contredit le vrai moyen d'ar-

river à reconnaître ces maladies. Les épanchemens pleurétiques se formant avec une grande rapidité produiront bien plutôt l'absence du bruit respiratoire dans la partie correspondante du poumon, qu'un abcès phlegmoneux qui n'aura jamais une marche aussi prompte. Nous nous contentons d'indiquer ce moyen d'exploration, qui, joint à tous ceux que l'on possède sur cette matière, pourra conduire à un résultat favorable. Si en effet l'on vient à reconnaître la présence du pus extra-séreux, nul doute qu'on devra se hâter d'ouvrir l'abcès et de le traiter comme les collections purulentes dont le foyer est accessible aux moyens ordinaires.

Il ne nous reste plus qu'à dire deux mots sur un cas analogue à nos premières observations, mais qui en diffère par son mode de terminaison. Un négociant de Tours, très-robuste et chargé d'embonpoint, âgé de 34 ans environ, s'apperçut qu'il portait sous le bord du grand pectoral droit, vis-à-vis de la quatrième côte, une tumeur dure, indolente et immobile. Elle prit de l'accroissement et acquit le volume d'une noix. Le malade vint à Paris pour demander conseil. Je le vis et l'engageai à voir M. Dupuytren, qui prescrivit un régime sévère, des douches alcalines, des frictions avec l'onguent mercuriel et des pommades iodurées. Il déclara que la maladie était sans danger, mais d'une cure longue et difficile.

Le patient se soumit pendant deux mois au régime qui lui avait été prescrit et s'en trouva bien. Les douches produisirent un commencement de résolution, mais l'emploi des pommades donna lieu à des douleurs assez vives, on fut contraint d'y renoncer. La tumeur resta stationnaire, même sous l'influence d'une gastrite très-grave qui persista long-temps et exigea un traitement très-sévère. Depuis cette époque, M. Bretonneau a jugé convenable de suspendre tout ce qu'on avait commencé. La tumeur a le

volume d'une petite noix, elle est élastique, indolente à la pression; elle est implantée sur la côte par une base large; en un mot elle n'a pas changé de nature depuis l'époque où elle excita pour la première fois l'attention du malade. Y a-t-il périostose, ou exostose, est-ce un kyste à parois cartilagineuses et faisant corps avec le périoste et les parties fibreuses qui revêtent les parties sous-jacentes? Il serait difficile de résoudre ces questions. Nous nous bornons à signaler le fait qui pourra entrer plus tard dans la description générale des abcès sur lesquels nous avons attiré l'attention des praticiens.

Recherches sur le rhumatisme articulaire considéré spécialement dans les cas où il se fixe sur une seule articulation; par M. Genest, *chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.*

L'un des caractères les plus ordinaires de tout rhumatisme articulaire et du rhumatisme en particulier, c'est cette facilité avec laquelle il se transporte d'une partie à une autre, quittant subitement, et sans cause appréciable, une articulation pour passer à une souvent fort éloignée, quelquefois à un appareil différent. C'est à cette circonstance que le rhumatisme articulaire doit de présenter si peu de gravité, que, malgré le nombre des habitans de Paris qui en sont affectés chaque année pendant l'automne, il est rare de le voir se terminer d'une manière funeste.

Considérée sous ce rapport, cette affection présente une grande analogie avec l'érysipèle. En effet, de même que pour cette dernière maladie, nous trouvons deux formes bien distinctes: l'une erratique, qui ne disparaît qu'après avoir parcouru successivement diverses parties de la surface du corps, et ne laisse pas de traces de son

passage quand elle ne s'est pas portée sur des tissus autres que ceux primitivement affectés ; l'autre forme, que l'on peut dire fixe, la maladie restant pendant toute sa durée sur la même partie, et ne la quittant le plus souvent qu'après avoir produit des lésions anatomiques, des désorganisations plus ou moins graves. Nous retrouvons aussi les mêmes formes pour le rhumatisme articulaire : l'une, qui est très-commune, peu dangereuse, et ne se termine que quand toutes les articulations ont été à diverses reprises le siége de la maladie; l'autre, plus rare, plus fixe, mais aussi plus grave, et qui laisse souvent de profondes altérations dans les articulations qu'elle envahit. Ce n'est pas ici que s'arrêterait cette comparaison, si notre intention était de la poursuivre; nous trouverions aussi plus d'un rapport dans les causes, dans la marche, et il nous serait facile d'en tirer plus d'une induction sur la méthode que doit adopter le praticien, sur le but qu'il doit se proposer dans le traitement du rhumatisme articulaire. Il nous serait facile encore de démontrer que ce n'est pas seulement dans l'érysipèle et dans les exanthêmes cutanés que nous retrouvons ces mêmes formes erratiques ou fixes; on les retrouve aussi dans les affections des muqueuses, plus obscures sans doute, puisque la couleur n'en peut point être observée comme à la peau, et que le peu de sensibilité qu'offrent ces tissus dans toutes leurs affections ne permet pas de considérer la douleur comme un moyen suffisant de diagnostic. Notre objet n'étant point de nous occuper ici du rhumatisme en général, mais seulement de l'un des accidens graves qu'il détermine quelquefois, nous passons de suite à ce sujet.

Le plus grave des accidens que l'on doit redouter dans le rhumatisme articulaire, c'est sans contredit la métastase sur les séreuses du cœur et du cerveau; cet accident, dont on a voulu nier la réalité, ne peut

plus être mis en doute aujourd'hui. Cependant, il faut convenir qu'il est assez rare, et que, sous le rapport de la fréquence, il ne doit occuper que le second rang, et ne venir qu'après celui qui résulte de la permanence de l'affection sur la même articulation. Tant que le rhumatisme articulaire court vaguement d'une articulation à l'autre, quel que soit le degré de la douleur, quelle que soit la force de la réaction, on peut espérer une heureuse terminaison, bien que souvent elle se fasse attendre long temps. Mais quand l'affection, au lieu d'errer vaguement comme nous venons de le dire, reste fixée sur une seule articulation, alors commence une série de phénomènes particuliers, dont les uns dépendent immédiatement de l'inflammation elle-même, qui peut être plus ou moins grave, d'une durée plus ou moins longue, etc., comme toutes les inflammations; les autres, de l'immobilité long-temps prolongée du membre affecté, et enfin de la combinaison de ces deux causes.

Les phénomènes qui résultent de l'inflammation sont ceux qu'elle détermine dans tous les tissus, et en outre quelques-uns qui sont particuliers à cet ordre d'organes tels que la résorption de la synovie et la production d'un liquide qui n'est pas aussi propre que cette dernière à favoriser le frottement des surfaces articulaires, et qui même souvent est de nature à faire adhérer les deux faces de la synoviale, la suppuration de ces membranes, la destruction des cartilages, la dénudation des surfaces osseuses, et une douleur extrêmement vive, etc.

Les phénomènes qui dépendent de l'immobilité long-temps prolongée d'une articulation sont surtout cette raideur des ligamens et des muscles qui ne permet plus à ces derniers de se contracter ni avec la même force, ni avec la même vitesse, ni avec la même étendue.

Enfin, il est évident que, quand les accidens résultant

de l'inflammation se joignent à ceux que détermine le repos, il en résulte des états plus ou moins graves, tels que la perte du poli des surfaces articulaires et la production sur ces mêmes surfaces de rugosités, sortes de stalactites organiques qui paraissent au premier coup-d'œil devoir empêcher tout mouvement, et pour toujours.

Cependant, de tous ces effets, un seul semble de nature à faire désespérer complètement du rétablissement des mouvemens dans l'articulation : c'est la destruction des cartilages et la dénudation des surfaces osseuses. Dans ce cas, on conçoit qu'aucun pouvoir ne peut rétablir le mouvement entre des os que le plus souvent il faut retrancher du corps pour assurer l'existence du malade. Quant aux autres lésions anatomiques, soit que leur diagnostic offre plus de difficulté que la dénudation des surfaces osseuses, ou que leurs effets soient moins graves, elles ne sont point des motifs suffisans pour faire abandonner tout espoir de rétablir le mouvement dans une articulation qui en est affectée. C'est ce que vont démontrer les observations suivantes, recueillies toutes, ces dernières années, dans le service de M. Récamier. Ce professeur a plusieurs fois pris ce sujet pour l'objet de ses leçons dans son cours de clinique, et nous nous faisons un devoir de lui rapporter une partie de ce qui paraîtra bon dans ce travail, regrettant de ne pouvoir préciser chacune des idées puisées dans ses leçons si fécondes en rapprochemens ingénieux et si riches en faits curieux que lui a fournis son immense pratique.

Obs. I.re — *Suppression subite du flux menstruel; malaise, douleurs dans les membres, puis dans les articulations, et qui se fixent sur le poignet gauche; épanchement dans la synoviale; antiphlogistiques, émétique à haute dose inutiles; vésicatoires; bains long-temps prolongés; guérison.* — Feuillet, âgée de 22 ans, domes-

tique, demeurant à Paris depuis deux ans, ordinairement bien portante, bien réglée, va à la rivière laver ayant ses règles le 18 mai 1828; aussitôt ses règles s'arrêtent complètement et cinq jours plus tôt qu'elles ne le font ordinairement; le même jour, ainsi que le lendemain, malaise, mais sans fièvre. Le 14, il survient quelques douleurs dans les membres, qui ne tardent pas à se porter sur les articulations, et spécialement sur le poignet gauche et le coude-pied du même côté. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mai 1828, salle Saint-Lazare, n.° 21, où le lendemain elle n'offre ni fièvre ni embarras gastrique, mais seulement une vive douleur dans le poignet gauche et le coude-pied du même côté, avec gonflement et rougeur de ces articulations. Les appareils digestif et respiratoire n'offraient aucun signe de lésion; il y avait une légère constipation. (*Émétique 6 gr.; sirop de pav. blanc 2 onces.*) L'émétique fut *toléré;* mais le lendemain, 19 mai, la malade n'avait éprouvé aucune amélioration. L'émétique est porté à huit grains, qui sont encore tolérés et qui ne produisent aucune amélioration : au contraire, le gonflement va en augmentant; du reste, absence complète de fièvre. (*L'émétique est suspendu; 15 sangsues sur chaque articulation.*)

Le 21, les douleurs persistent sans presque aucune diminution, si ce n'est du gonflement qui est moindre. (*L'émétique est prescrit de nouveau, sur la demande de M. Barbier, professeur d'Amiens; 8 grains à prendre avec infusion de feuilles d'oranger ℔j en huit doses.*)

Le 22, l'émétique a été bien toléré, et n'a déterminé ni selles ni vomissemens; la douleur est beaucoup moins forte. (*Émétique 8 gr., etc.*)

Le 23, nouvelle amélioration, transpiration très-abondante; la malade dit avoir éprouvé quelques étouffemens

pendant la nuit, après qu'elle a eu pris ses huit doses; absence complète de fièvre. (*Emét.* 10 *gr. etc.*) Le 24, le poignet seul reste tuméfié et douloureux; on cesse l'usage de l'émétique. Le 25 et le 26, deux applications de 15 à 20 sangsues sont faites successivement, puis plusieurs autres les jours suivans, sans débarrasser l'articulation.

Le 2 juin, l'articulation du pied se trouvant prise de nouveau, et celle du poignet ne cessant d'être très-douloureuse, la malade est encore soumise, pendant trois jours, à l'usage de l'émétique à haute dose, qu'elle supporte bien, et sous l'influence duquel les douleurs cessent complètement, ne revenant que par la pression sur les articulations malades.

Le 15, la malade est restée pendant quelques jours en repos, ne souffrant pas à moins qu'on ne touchât l'articulation du poignet; celle de la jambe est complètement libre. Maintenant, celle du poignet offre un gonflement uniforme, mais profond, et en outre trois tumeurs peu saillantes, fluctuantes, placées de chaque côté et en arrière de l'articulation, communiquant évidemment ensemble. L'état général est toujours bon; il y a absence complète de fièvre, quoique la malade se tourmente un peu. (2 *vésicat.*, *dont l'un sur le dos de la main*, *et l'autre au-dessus de l'articulation.*)

Le 18, la fluctuation est moins sensible dans les tumeurs, qui ont cependant peu perdu de leur volume; l'articulation est peu douloureuse à la pression. Les jours suivans, la diminution des tumeurs ne se faisant que très-lentement, on commence l'usage de la compression, à l'aide de laquelle les tumeurs disparaissent complètement dans les derniers jours de juin.

Alors, comme il reste de l'embarras, de la raideur dans le poignet, on prescrit des bains de bras long-temps pro-

longés, dont la malade se trouve bien; et elle sort le 25 juillet, ayant les mouvemens du bras déjà assez libres.

La cause de cette affection paraît bien être la suppression du flux menstruel qui est venue au commencement même de l'époque; cela semble d'autant plus vraisemblable, que nous verrons la même cause produire le même effet chez le sujet de la troisième observation, et que, lorsqu'on prend avec soin l'histoire des femmes affectées de rhumatisme articulaire, on trouve souvent que cette affection est, sinon produite, au moins précédée par un dérangement grave des règles.

L'émétique à haute dose, bien que toléré et porté à trois reprises différentes à des doses assez élevées, n'a pas produit d'effets vraiment avantageux. La deuxième et la troisième fois, il est vrai, la malade éprouva quelque amélioration; mais lors même qu'on la considérerait comme le résultat de cette médication, elle fut si légère, que le poignet gauche ne tarda pas à présenter un épanchement assez considérable dans l'intérieur de l'articulation : notons aussi que ce moyen n'a produit aucun effet fâcheux. Les vésicatoires ont peu avancé la résorption du liquide, qui a été accélérée surtout par la compression; tandis que les bains de bras long-temps prolongés ont dissipé facilement la raideur que les mouvemens du poignet conservaient après la disparition de tous les symptômes de l'affection.

Enfin, nous avons vu la douleur occuper d'abord tous les membres dans toute leur longueur, puis toutes les articulations, puis celle du poignet et celle du pied, sur lesquelles elle se porta simultanément, pour enfin se fixer sur le poignet gauche : cette gradation mérite d'être notée, quelle qu'en soit la cause, quelque conclusion que l'on en veuille tirer; car nous allons avoir l'occasion de la remarquer dans plusieurs des observations suivantes.

Obs. II.e — Fatigue; migraines habituelles; courba-

ture; très-vive douleur au poignet. Émétique en lavage; saignées locales; poudre de Dover, sans amélioration; bains long temps prolongés; guérison complète. — Layet, âgée de 43 ans, domestique, demeurant à Paris depuis dix ans, jouissant d'une bonne santé, bien réglée depuis l'âge de 18 ans, mais éprouvant à chaque époque menstruelle une migraine qui dure huit jours, a ses règles comme à l'ordinaire dans les premiers jours de septembre 1827, mais sans éprouver sa migraine habituelle. Au bout de dix à douze jours, le 21 septembre, elle est prise d'une forte migraine; elle continue à travailler, et même plus qu'à l'ordinaire, et le lendemain elle éprouve un fort frisson avec fièvre et courbature générale. Le 28 au matin, elle se trouve en se réveillant affectée d'une violente douleur au poignet gauche : il n'était plus question de fièvre ni de migraine; à peine un sentiment de lassitude générale. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 25 septembre 1827, salle Saint Lazare, n.° 21.

Le 26, assez bon état général, absence complète de fièvre; cependant il y a peu d'appétit; la bouche est pâteuse. La malade ne se plaint que d'une forte douleur au poignet gauche, qui présente beaucoup de gonflement et ne peut exécuter aucun mouvement. (*Emétique en lavage 2 grains.*)

Le 28, l'émétique a produit un léger soulagement, mais qui ne s'est pas soutenu; le poignet reste tuméfié et très-douloureux. Les jours suivans, quatre applications, chacune de 20 sangsues, sont faites sur le poignet, et le gonflement diminue un peu; mais les douleurs persistent.

Le 6 octobre, le gonflement est redevenu plus considérable qu'avant les applications de sangsues; les douleurs sont insupportables : mais il n'y a pas de fièvre. (*Bains de bras long-temps prolongés; poudre de Dover* 6 *gr.; extr. gommeux théb.* 1 *gr. le soir.*)

Ce traitement est suivi, au moins pour les bains de bras, avec beaucoup de persévérance, la malade laissant son bras durant toute la journée dans l'eau. Bientôt les douleurs devinrent supportables; mais alors elles ne diminuèrent que très-lentement. A la fin d'octobre, il restait encore du gonflement et de la douleur, et les mouvemens non-seulement du poignet, mais aussi des doigts, étaient complètement impossibles.

A la fin de novembre, il ne restait plus de douleur ni de gonflement, mais un engourdissement de toutes les articulations de la main et l'impossibilité de leur faire exécuter des mouvemens; cependant avec cette différence que l'on pouvait très-bien, à l'aide d'une force médiocre, fléchir les doigts, puis les redresser; tandis qu'une force considérable ne pouvait imprimer au poignet que des mouvemens presque insignifians. La malade continua de baigner son bras; on lui prescrivit en même temps de s'exercer les doigts avec l'autre main. Le 15 janvier, elle ployait bien les doigts et commençait à fléchir le poignet; on lui recommanda encore de se livrer à ce même genre d'exercice. Elle sortit le 23 février, remuant très-facilement les doigts et incomplètement le poignet gauche.

Nous ne nous arrêterons point ici sur la coïncidence remarquable de la cessation d'une migraine habituelle remplacée subitement par l'affection dont on vient de voir l'histoire. Ce fait tient à une question d'une haute importance, mais que nous ne pouvons traiter à l'occasion d'un cas isolé; il suffit de l'avoir noté.

Les sangsues, dans ce cas, ont eu la même inefficacité que l'émétique à haute dose dans le précédent; les bains de bras long-temps prolongés ont pu seuls diminuer la douleur et la tuméfaction, comme plus tard nous les voyons, aidés de l'exercice, rétablir la souplesse dans une articulation qui semblait vouée à une immobilité entière.

Il est vrai que ce moyen fut continué avec persévérance depuis le commencement d'octobre 1827, jusqu'à la fin de février 1828. A l'époque où les douleurs et le gonflement eurent disparu complètement, il aurait été difficile de prévoir l'heureux résultat de cette médication; car l'état d'immobilité complète du poignet et des doigts paraissait bien tenir à une altération grave, à une adhérence complète de l'articulation radio-carpienne, et à l'adhérence des tendons des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, dans les gaînes qu'ils traversent en avant et en arrière de cette articulation. Cependant, la guérison nous prouve que les altérations n'étaient point si graves; et la lenteur avec laquelle elle s'est faite doit nous faire tenir sur nos gardes pour le pronostic des cas analogues et la résolution précipitée que l'on pourrait prendre de retrancher un membre qui gênerait beaucoup, avant d'avoir tenté tous les moyens possibles pendant tout le temps nécessaire.

Obs. III.e — *Suppression subite du flux menstruel; douleurs dans toutes les articulations, puis seulement dans le poignet gauche; tartre stibié à haute dose sans soulagement; sangsues en grande quantité; amélioration; bains de bras prolongés; guérison.* — Gorgeon, domestique, âgée de 30 ans, ordinairement bien réglée, bien portante, ayant ses règles le 19 mai 1828, depuis l'avant-veille, se met les pieds dans l'eau froide, et aussitôt les menstrues sont arrêtées. Elle éprouve des malaises, des lassitudes. Le 21, elle est prise subitement de vives douleurs dans les articulations et de fièvre. Quinze sangsues sont appliquées à la vulve, mais sans amélioration. Elle entre, le 23, salle St.-Lazare, n.° 6.

Le 24 mai, cette malade est assez bien, elle n'a plus de fièvre, la bouche n'est point pâteuse. Plusieurs articulations sont douloureuses et tuméfiées, mais spécialement

la radio-carpienne gauche. (*Tartre stibié six gr., eau de feuilles d'oranger, etc.*)

Le 25, la malade vomissant à chaque dose, elle n'en a pris que quatre. Toutes les articulations sont débarrassées, excepté le poignet gauche, qui est très-gonflé et très-douloureux. Absence de fièvre. Le tartre stibié est suspendu, deux applications, chacune de 20 sangsues, n'empêchent pas le gonflement d'augmenter beaucoup, ainsi que les douleurs, qui deviennent insupportables et déterminent une insomnie continuelle et de la fièvre.

Le 4 juin, les douleurs sont extrêmement vives dans la main, le poignet et même l'avant-bras, qui est rouge et tuméfié; tous les mouvemens de ces parties sont impossibles; mais il n'y a aucun signe d'épanchement dans l'articulation. L'émétique à haute dose est repris et continué deux jours de suite sans amélioration, puis, après un jour de repos, durant deux jours et avec un peu de mieux qui ne se soutient pas.

Le 13, la douleur de l'avant-bras est beaucoup plus forte, ainsi que la tension. La suppuration semble imminente et devoir se faire profondément. Du reste, état général assez bon. (*Quarante sangsues sur l'avant-bras, bains de bras prolongés.*) Cette saignée locale produit beaucoup d'amélioration, et, sous l'influence d'une seconde aussi copieuse et des bains continuels, tous les symptômes inflammatoires disparaissent; mais il reste, dans les mouvemens de la main et des doigts, une grande difficulté qui ne se dissipe que lentement. Le poignet, qui d'abord semblait soudé sur le bras, cède peu à peu; les doigts, qui restaient continuellement dans l'extension, peuvent peu à peu être fléchis, et la malade sort au milieu du mois d'août, ayant recouvré, par les bains prolongés, une partie de ses mouvemens.

Nous voyons chez cette malade, comme chez le sujet

du premier fait, le rhumatisme articulaire succéder immédiatement à une suppression subite du flux menstruel, et se porter spécialement sur le poignet gauche, et l'on ne pourra certainement pas s'éloigner beaucoup de la vérité en considérant cette suppression comme la cause de l'affection qui l'a suivie, bien que les sangsues appliquées à la vulve, chez la femme Gorgeon, n'aient pas enrayé la maladie; car, en supposant même que les quinze sangsues appliquées dans cette occasion représentassent complètement, et sous tous les rapports, la portion du flux menstruel supprimée, nous savons que souvent en médecine il ne suffit pas d'enlever la cause pour faire disparaître l'effet. Quand une fois l'état morbide a envahi l'organisme, il en résulte une série d'accidens immédiatement liés entre eux, mais dont les derniers souvent ne le sont point avec les premiers. L'émétique à haute dose, administré à trois reprises différentes, a produit si peu d'amélioration ou une amélioration si insignifiante, qu'elle ne mérite aucune attention. Les sangsues, appliquées au nombre de vingt sur le poignet, n'avaient rien fait; appliquées deux fois, et au nombre de quarante, sur l'avant-bras, qui était le siége d'une vive inflammation, elles font céder immédiatement tous les symptômes inflammatoires. Mais, appliquées en aussi grand nombre au commencement de la maladie, auraient-elles eu le même succès? Cela n'est pas certain.

Enfin, nous voyons encore, comme dans les cas précédens, les bains de bras prolongés rendre le mouvement à des articulations qui en étaient entièrement privées.

Obs. IVe — *Douleurs dans toutes les articulations, puis seulement dans le coude gauche; fièvre très-forte avec délire; épanchement dans le coude gauche; émétique à haute dose; saignées locales; vésicatoires; bains prolongés; guérison.* — Guillot, bonne d'enfans, âgée

de 17 ans, demeurant à Paris depuis un mois, habituellement bien réglée et bien portante, est prise, dans les premiers jours de novembre 1828, de malaise, d'anorexie, de diarrhée avec ténesme; puis bientôt surviennent de vives douleurs dans tous les membres et surtout dans les jointures. Au bout de trois jours, ces douleurs cessent partout, excepté à l'articulation huméro-cubitale, qui devient plus douloureuse et se tuméfie. La malade continue à manger, et ne fait d'autre traitement que des frictions avec l'eau-de-vie camphrée. Elle entre, le 8 novembre 1828, à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Lazare n.° 16.

Le 9, la malade est en transpiration au moment de la visite; le pouls donne 110; l'abdomen est sans tension, indolent. Depuis l'avant-veille, elle n'a pas été à la garderobe. La langue est un peu rouge sur les bords, blanchâtre au milieu. Le bras gauche est fortement tuméfié tout autour du coude, rouge et douloureux. Quinze sangsues ont été appliquées la veille après l'entrée de la malade; vingt autres sont appliquées de nouveau, puis quinze le lendemain, 10 novembre, mais sans amélioration. Le 11, la malade commence à prendre l'émétique à haute dose: quatre grains seulement sont supportés, et les douleurs spontanées cessent sans qu'il y ait eu ni sueurs, ni évacuations abondantes. Le lendemain, 12, elle continue l'émétique et y joint un bain prolongé, pendant lequel les douleurs reviennent plus fortes qu'avant, sans aucune cause appréciable; la fièvre devient assez forte pour exiger, le 13, une saignée du bras de quatre palettes. La fièvre ayant encore augmenté, et étant accompagnée de délire pendant le redoublement, la saignée est répétée le 15.

Le 17, la malade éprouve beaucoup de fièvre le soir avec un fort délire. Elle est légèrement constipée. Tout le bras est douloureux, mais surtout autour du coude;

depuis hier, cependant, le poignet du même côté est douloureux, et le coude l'est un peu moins. L'émétique à haute dose est tenté de nouveau, mais n'est pas toléré. Le 18, la douleur est égale au poignet et au coude; le bras, encore tuméfié, n'est plus rouge. Les jours suivans, la malade allait bien, la douleur du bras avait presque complètement disparu, et les mouvemens seuls étaient douloureux, quand, le 22, sans que l'on en puisse connaître la cause, le coude est tout-à-coup pris de douleur avec gonflement et rougeur même du bras et de l'avant-bras; fièvre légère. Vingt-cinq sangsues appliquées sur l'avant-bras calment ces accidens en partie, mais n'empêchent pas qu'il ne se développe dans l'articulation huméro-cubitale une fluctuation bien sensible.

Le 24, la fièvre persiste toujours; le bras, moins tuméfié et moins douloureux, offre, en arrière et sur les côtés du coude, une fluctuation évidente, mais peu abondante. (*Vingt sangsues, cataplasme sur le coude.*)

Les jours suivans, la fièvre revient plus forte, et est accompagnée de quelques accidens du côté de l'abdomen, mais qui cèdent promptement, et la malade va bien ensuite; mais l'épanchement ne diminue pas.

Le 6 décembre, l'état général est très-bon; le bras reste un peu tuméfié au-dessus du coude, et l'avant-bras au-dessous; il n'y a de douleur que par la pression et les mouvemens. L'épanchement ne paraît point avoir diminué; la diminution des parties qui enveloppent le coude le rend plus visible. (*Deux vésicatoires, l'un au-dessus et l'autre au-dessous du coude.*) Les jours suivans, l'amélioration continue, l'épanchement disparaît complètement; mais il reste dans le coude et dans les articulations des phalanges une immobilité presque complète, qui est combattue par le bain de bras prolongé. La malade, ennuyée de ce traitement, sort le 25 décembre, n'éprou-

vant plus de douleurs dans le coude, mais ne pouvant le fléchir complètement sans y en exciter de très-vives. L'extension, au contraire, n'en détermine aucune; les mouvemens des doigts sont aussi très-difficiles et très-lents, mais sans douleurs.

Nous voyons, dans ce cas, la maladie rester pendant quelque temps indécise sur l'articulation qu'elle choisira de préférence, du coude ou du poignet gauche, ce qui a sans doute contribué pour beaucoup à diminuer la gravité des lésions, comme chez les sujets des première et troisième observations; la maladie s'était, pour ainsi dire, usée durant cette incertitude.

L'émétique à haute dose a échoué comme dans les première et troisième observations, quoiqu'il eût été administré deux reprises différentes, et que la première fois il eût été bien toléré; mais nous devons faire remarquer aussi que, malgré la disposition qu'avait cette malade aux accidens inflammatoires du côté des voies digestives, ce moyen n'a produit aucun effet fâcheux, comme dans les deuxième et troisième observations. Il résulte donc des faits cités, que cette médication est loin d'être aussi désastreuse qu'on l'a prétendu et qu'on le dit encore. Sans doute, il est des sujets chez lesquels il serait imprudent d'avoir recours à ce moyen, et auxquels les partisans les plus décidés de l'émétique à haute dose (s'il en existe encore pour le rhumatisme articulaire) se donneraient de garde eux-mêmes de l'administrer. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans les cas où il est toléré, le malade en est quitte pour une assez vive agitation ou une sueur abondante; tandis que, dans ceux où il ne l'est pas, il n'en résulte qu'une superpurgation qui s'arrête ordinairement d'elle-même.

L'épanchement qu'a offert l'articulation huméro-cubitale ne s'est fait, comme chez le sujet de la première observation, qu'au moment où les symptômes inflamma-

toires venaient de céder; comme chez le même sujet il a cédé aux vésicatoires appliqués au-dessus et au-dessous de la tumeur, et même assez promptement pour dispenser de l'emploi de la compression.

Enfin, les bains prolongés ont produit le même effet que dans tous les cas précédens; c'est à-dire ont rendu le mouvement à une articulation qui en était entièrement privée; ce qui nous est la preuve du peu de gravité des lésions anatomiques que l'articulation avait éprouvées. L'observation suivante va nous offrir un exemple d'altérations plus graves.

Obs. V.ᵉ — *Rhumatismes habituels qui se portent sur les articulations, puis spécialement sur le poignet gauche; très-vive douleur; tuméfaction considérable; épanchement dans l'articulation; crépitation manifeste dans les mouvemens des surfaces articulaires; antiphlogistiques; vésicatoires; bains de bras prolongés; ankylose de l'articulation radio-carpienne gauche.* — Tridon, âgée de 40 ans, cuisinière, ordinairement bien portante et encore réglée, mais sujette, depuis l'âge de quinze ans, à des douleurs rhumatiques qui changeaient souvent de siège et revenaient surtout pendant les mauvais temps, est prise, dans les premiers jours de novembre 1826, de douleurs qui passent alternativement d'une articulation à une autre; en même temps elle éprouve de la fièvre avec redoublement le soir. Elle se fait appliquer deux fois douze sangsues, des cataplasmes, de l'eau de Saturne, etc., sans amélioration. et entre à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Lazare n.° 6, le 14 novembre 1826.

Le 15, une seule articulation est douloureuse; maintenant c'est le poignet gauche qui est très-tuméfié, très-rouge; la main et la moitié inférieure de l'avant bras sont également gonflées et douloureuses; la fièvre est peu forte; l'état des voies digestives est bon, quoique la bouche soit

pâteuse et la langue un peu chargée. (*Vingt sangsues sur le poignet, cataplasme avec laudanum ensuite, eau de veau, etc.*)

Une seconde application de sangsues est faite le 16, et ne produit pas d'amélioration. Au contraire, les douleurs vont toujours en augmentant, ainsi que la tuméfaction de l'articulation radio-carpienne gauche, dont tous les mouvemens sont impossibles.

Le 20, la malade dit éprouver dans le poignet, outre les douleurs qu'elle y ressent depuis long-temps, des élancemens très-vifs, comme si on lui perçait la main et l'articulation avec une aiguille; la fièvre, qui avait diminué, redevient plus forte. (*Frictions sur le membre avec l'onguent mercuriel.*)

Le 28, une partie du bras, l'avant-bras et la main sont énormément tuméfiés; la douleur est très-vive, mais les élancemens sont devenus plus rares; autant que le gonflement de l'articulation permet d'en juger, elle semble contenir du liquide. La malade, qui ne reposait pas du tout la nuit, commence à dormir. (*Deux vésicatoires, dont un en bracelet au milieu de l'avant-bras, et l'autre sur le dos de la main; frictions, bains de bras prolongés.*)

Le 1.er décembre, les douleurs sont encore très-fortes, mais le gonflement moindre, ce qui permet de mieux constater la présence d'un liquide dans l'articulation, mais qui n'y est qu'en petite quantité. Dans cette recherche, on reconnaît une crépitation manifeste et très-forte dans les mouvemens imprimés aux extrémités articulaires. Les premiers jours, cette crépitation, que l'on ne produit pas sans déterminer de très-vives douleurs chez la malade, ne peut être constatée par beaucoup de personnes; mais après quelques jours, la tuméfaction de l'avant-bras et de la main ayant beaucoup diminué, ainsi que les douleurs dont

ces parties étaient auparavant le siége, la crépitation devient très-facile à percevoir et elle est constatée par tous les élèves qui suivaient la visite à cette époque, par plusieurs médecins, et surtout par M. Breschet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le 8 décembre, même état de l'articulation, qui, cependant, a beaucoup perdu de son volume; elle est peu douloureuse lorsque la malade ne la remue pas, mais les moindres mouvemens occasionnent de vives douleurs. La face postérieure de la main et d'une partie de l'avant-bras est couverte d'un érisypèle pustuleux. Il reste de la fièvre.

La crépitation put être perçue ainsi pendant près de quinze jours; mais alors la tuméfaction ayant complètement disparu, le membre fut placé dans une position convenable, afin que la main, qui semblait devoir être conservée, puisque l'épanchement était déjà en partie résorbé, se consolidât sur l'avant-bras dans une direction qui ne pût pas trop gêner les mouvemens de la malade. Cependant elle continuait les bains prolongés, et vers la fin de janvier 1827, elle sortit, ayant l'articulation tibio-tarsienne ankylosée, mais ayant déjà recouvré une partie des mouvemens des doigts.

Malgré tous les moyens employés dans ce cas dès le début de l'affection, elle a marché rapidement à la suppuration; car il n'est pas possible d'avoir de doutes sur la nature du liquide épanché dans l'articulation, la crépitation qui est survenue presque en même temps que cet épanchement n'ayant pu exister sans une suppuration de l'intérieur de l'articulation elle-même.

Cet état laissait peu d'espoir pour la conservation du membre; déjà même on avait prévenu la malade de la nécessité où elle serait peut-être de consentir à ce sacrifice pour éviter de plus grands maux, quand survint l'é-

ruption cutanée, sous l'influence de laquelle tout le liquide épanché, quelle qu'en fût la nature, fut résorbé. On ne doit donc point, dans des cas analogues, se hâter de pratiquer l'amputation du membre avant d'être assuré que l'adhérence des surfaces articulaires ne peut pas succéder à leur suppuration, si ce n'est lorsque l'état général des forces exige une décision prompte de la part du praticien.

Ce qui est encore à remarquer, c'est la facilité avec laquelle se termine de la manière la plus heureuse, et sous l'influence d'une éruption que la nature elle-même avait produite, cette inflammation, qui avait résisté aux antiphlogistiques, aux vésicatoires, aux frictions mercurielles. C'est donc envain que, dans les inflammations, nous employons ces moyens puissans, si nous ne saisissons pas le moment où ils peuvent agir avec efficacité. C'est en précisant ces diverses époques de convenance et d'utilité pour certains moyens, que l'on fera faire de vrais progrès à la science.

Dans les quatre observations qui ont précédé cette dernière, si nous avons vu les bains prolongés rétablir les mouvemens dans des articulations qui en semblaient complètement privées, c'est que cet état ne dépendait que de lésions anatomiques peu graves; chez la femme Tridon, au contraire, l'articulation présentant une crépitation qui suppose la destruction des cartilages et de la synoviale qui les recouvre, il est évident qu'aucun moyen ne pouvait rétablir les mouvemens dans le poignet; tandis que les doigts, dont les mouvemens n'étaient point empêchés par la même cause, recouvrèrent leur liberté presque aussi bien que dans les cas précédens.

Après avoir ainsi analysé ces cinq faits, qu'il nous soit permis d'ajouter ici quelques réflexions générales qui ressortent de la comparaison des phénomènes qu'ils nous ont offert.

Aucune occasion ne s'étant présentée à nous d'étudier sur le cadavre les lésions qui accompagnent ces divers symptômes, il nous serait difficile de préciser ceux qui appartiennent à chacune des périodes de la maladie. Cependant, nous devons reconnaître que, parmi ces symptômes, les uns dépendent de l'altération des surfaces articulaires, et les autres d'un état particulier de leurs muscles et de leurs tendons. Ainsi, l'immobilité des doigts, que nous avons vu persister long-temps après la disparition de tous les symptômes inflammatoires, n'était évidemment pas due à une altération des surfaces articulaires des phalanges, que l'on pouvait plier sans y occasionner de douleurs, mais bien au défaut de contractilité des extenseurs et des fléchisseurs; soit que ce défaut tînt à l'état des fibres musculaires elles-mêmes, soit qu'il dépendît d'une absence d'innervation locale.

Quant à la lésion qui paraît avoir été souvent observée, dans laquelle les tendons des fléchisseurs et des extenseurs des doigts se soudent dans les coulisses fibreuses que leur fournit l'articulation radio-carpienne, il ne nous paraît pas probable qu'elle ait existé chez aucun de ces malades; car, si nous voyons les adhérences formées dans les cavités séreuses perdre, dans certaines circonstances, de leur volume, et s'étendre en longueur sous forme de ligamens, nous ne les voyons jamais disparaître complètement. Il est donc évident que si, dans quelques-uns de ces cas, les tendons eussent été adhérens dans leurs coulisses, les mouvemens n'auraient pu revenir aussi libres qu'ils l'étaient auparavant.

Les cinq cas de rhumatisme articulaire fixe que nous avons rapportés, appartiennent à cinq femmes, quoique en même temps nous ayons observé constamment et avec le même soin une salle d'hommes qui comptait autant de malades que celle des femmes. Ne verrons-nous là qu'un

effet de circonstances fortuites. Mais nous ferons remarquer encore que, chez quatre, c'est le poignet gauche qui a été affecté.

Si l'on s'en rapportait aux anciens auteurs (Boerhaave, Sydenham, Vanswiéten, Stork, etc.), le pronostic du rhumatisme articulaire, lorsqu'il se fixe sur une articulation en particulier, serait extrêmement grave; et, cependant, nous voyons ici que, sur cinq cas, un seul s'est terminé par l'ankylose. Il est vrai que leur traitement se bornait à combattre la maladie elle-même, et il ne paraît pas qu'ils aient bien compris l'état où se trouve l'articulation après la cessation des symptômes inflammatoires. Sans doute l'impossibilité des mouvemens leur faisait croire à une ankylose, qui ne tardait pas à se former réellement.

Si nous étudions avec soin l'effet des diverses médications, nous reconnaîtrons que les antiphlogistiques ont pu être utiles pour combattre l'inflammation des parties qui entourent l'articulation, mais n'ont pu réellement abréger le cours de la maladie elle-même.

L'émétique à haute dose a été administré chez trois de ces malades, et à plusieurs reprises différentes; bien qu'il ait produit une légère amélioration momentanée, on peut cependant conclure de ces faits, qu'il n'est pas plus utile dans le rhumatisme articulaire fixe que dans le rhumatisme articulaire vague.

Les vésicatoires, appliqués sur les tumeurs produites par un épanchement dans l'intérieur de l'articulation, ont réussi chez les malades qui ont présenté cet accident, et ont agi avec assez de rapidité pour qu'on puisse attribuer à leur influence l'amélioration qui est survenue à la suite de leur application.

Après ce que nous avons dit déjà des bains prolongés à la suite de chacun des faits précédens, il ne nous reste

plus qu'à faire remarquer que, dans tous, ils ont produit tout l'effet que l'on en pouvait attendre : si, chez le sujet du cinquième fait, l'articulation radio-carpienne n'a pas recouvré sa mobilité première, il n'y a rien d'étonnant : ce qui est vraiment étonnant, c'est que cet état ne soit pas devenu plus grave, que les surfaces osseuses, dénudées dans une assez grande étendue et baignées pendant long-temps par un fluide qu'on peut croire avoir été purulent, se soient réunies sans autre accident fâcheux. Ces bains, long-temps prolongés, sont donc un moyen précieux, mais pour lequel il est besoin de temps et de patience; car, pour me servir de l'expression de M. le professeur Récamier, « Il faut faire macérer le bras. »

Nous n'avons point vu employer les préparations de colchique, que les anglais et les allemands rapportent avoir administrées avec succès dans le rhumatisme articulaire vague : il est probable qu'elles auraient peu d'efficacité contre le rhumatisme fixe, d'après cet axiôme consacré par la médecine moderne, que l'on réussit beaucoup mieux dans le traitement des affections purement locales par les moyens locaux que par les médications générales.

Si nous admettons que le rhumatisme articulaire fixe soit absolument la même affection que le rhumatisme vague, ce qui paraît ressortir des faits cités, il semble que quand plusieurs articulations ayant été affectées simultanément ou successivement de rhumatisme, une seule vient à en être le siége, on pourrait, dans les premiers jours, rappeler l'affection sur les autres articulations, et prévenir ainsi les effets fâcheux qui résultent de la permanence sur une seule. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici aucun fait où cette méthode ait été tentée; quant aux moyens que l'on pourrait employer pour cet objet, des vésicatoires volans, des sinapismes, des frictions

irritantes, suffiraient probablement. Stork employait les sinapismes pour rappeler le rhumatisme qui se portait sur le cœur ou sur le cerveau, et avec beaucoup de succès : pourquoi ce moyen ne réussirait-il pas, quand il s'agit de faire passer le rhumatisme d'une articulation à une autre?

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Second Mémoire sur les nerfs de la face; par M. Ch. Bell, *Membre de la Société royale de Londres* (1).

Dans le dernier volume des *Archives générales*, t. XX, page 574, nous avions déjà parlé de ce nouveau travail de M. Charles Bell; mais l'extrait que nous en avons donné, emprunté, en grande partie, au *Philosophical Magazine*, étant beaucoup trop succinct pour pouvoir donner une idée satisfaisante et exacte de ce mémoire important, nous croyons devoir y revenir, et en présenter à nos lecteurs une vue plus complète.

Ce travail est divisé en deux parties : dans la première, M. Ch. Bell rappelle d'abord les faits qu'il a consignés dans ses mémoires précédens, surtout dans le premier, lu, en 1821, à la Société royale de Londres, et qui a rapport aux nerfs de la face (2).

« En présentant une suite de ce travail, après un aussi long espace de temps, il y aura sans doute quelque chose de nouveau sous le rapport des faits et de leur explication; mais c'est avec un bien grand plaisir que je puis assurer que, après les recherches les plus minutieuses, faites en

(1) *Philosophical Transactions*; part. II, 1829.

(2) Voy. *Archives génér.*, t. I, p. 104; III, p. 109; X, p. 168.

divers pays, les conclusions que j'ai déduites de l'anatomie des nerfs de la face ont été généralement admises, et que mes considérations sur les faits résultant des expériences ont été trouvées justes, à une seule exception près. Convaincu de l'exactitude de mes déductions, prises de l'anatomie des nerfs de la cinquième paire, j'ai attribué à l'une de ses branches une fonction qui appartient à une autre, comme on le verra plus bas. » Nous passons sur l'exposition de la doctrine de l'auteur sur les fonctions des nerfs que nous avons fait connaître dans nos précédens articles, et nous arrivons ainsi aux faits que l'auteur rapporte à l'appui de ses opinions sur la manière d'agir du nerf respiratoire de la face, portion dure de la septième paire, et du nerf de la cinquième paire ou trifacial; faits qu'il a eu occasion d'observer lui-même depuis la publication de son premier mémoire.

« Le premier exemple, continue M. Bell, est celui d'un homme qui reçut un coup de pistolet dans la figure; la balle entra dans l'oreille, et déchira en travers la portion du nerf de la septième paire, tout près de sa racine. Les mouvemens de tout le côté correspondant de la face cessèrent complètement depuis ce moment; mais la sensibilité des tégumens de toutes ces parties n'éprouva aucune altération apparente. »

« Le second cas est celui d'un homme atteint d'un coup de corne dans la figure. La pointe de la corne entra au-dessous de l'angle de la mâchoire, et sortit au devant de l'oreille, déchirant transversalement la portion dure dans son trajet. Cet individu offre encore aujourd'hui une preuve frappante des effets que produit, sur les muscles de la face, l'abolition de leurs fonctions, occasionnée par la division transversale du nerf dont il s'agit. Le front, du côté correspondant à la blessure, est complètement immobile; les paupières restent ouvertes; la narine ne

présente aucun mouvement pendant la respiration, et la bouche est tirée du côté opposé. Les muscles de la face, en raison de leur longue inaction, sont dégénérés; et les tégumens du côté malade ont pris l'aspect d'une membrane étendue sur les os. Ils ont perdu leur consistance, et les parties molles sous-jacentes se sont atrophiées, à l'exception de certains muscles. La description anatomique du nerf que nous présentons dans ce mémoire fera comprendre sans peine cette anomalie apparente. La sensibilité dans toute la face est intacte chez cet homme.

« Le même nerf, la portion dure, ayant été divisé, pendant l'extirpation d'une tumeur située au devant de l'oreille, il s'en suivit immédiatement une horrible distorsion des traits do la face, entraînés par les muscles du côté opposé dont l'action n'était plus contre-balancée; cette distorsion est encore augmentée lorsque le sujet de cette observation éprouve une émotion agréable, et qu'elle vient se peindre sur son visage. La sensibilité est restée dans toutes ces parties dans son état naturel. »

« Ces faits sont tellement probants, que je crois pouvoir passer sous silence des exemples de lésions du même genre, mais moins fortes, telles que la distorsion des traits produite par la pression d'un ganglion engorgé sur le tronc du nerf, la paralysie occasionnée par une suppuration dans l'oreille, et qui avait attaqué le nerf dans son trajet, etc.

« Quant à ce qui concerne le nerf de la cinquième paire, les faits ne sont pas moins concluans en faveur de mes premières expériences et des opinions que j'ai émises. Une petite tumeur enkystée, comprimant les racines de ce nerf, a déterminé l'insensibilité de toutes les parties auxquelles se distribuent ses nombreuses ramifications, c'est-à-dire tout le côté correspondant de la tête, do la face, et la moitié de la langue; tandis que la motilité des

mêmes parties n'avait éprouvé aucune altération sensible. En arrachant une dent de la mâchoire inférieure, le nerf qui sort sur le menton, pour se rendre dans la lèvre inférieure, fut lésé; toute la moitié correspondante de cette lèvre devint insensible. Le malade portant, quelques instans après, un verre à sa bouche, se plaignit de ce qu'on lui avait donné un verre cassé. Le même phénomène se représenta à la suite de la division de la branche de la cinquième paire qui se distribue à la lèvre supérieure. Un homme, en tombant, s'enfonça dans la joue un corps pointu qui divisa le nerf sous-orbitaire. L'effet fut le même que dans le cas précédent, c'est-à-dire, perte de la sensibilité dans la moitié correspondante de la lèvre supérieure; et, ce qu'il y a d'assez remarquable, c'est que la personne, en portant un verre à sa bouche, crut aussi qu'on le lui avait donné cassé. La partie de ce vase qui était en contact avec la partie insensible de la lèvre paraissait à ces deux individus ne pas exister.

« J'ai eu en outre l'occasion d'observer deux ou trois cas, dans lesquels la maladie, attaquant la branche ophthalmique de la cinquième paire, a produit une insensibilité absolue de l'œil et des paupières, sans perte de la vision, et sans que les mouvemens des paupières et des sourcils fussent troublés; ils sont, en effet, sous l'influence directe de la portion dure de la septième paire.

De tous ces faits, l'auteur tire la conclusion pratique que la section des branches nerveuses superficielles dans les cas de tic douloureux est, non-seulement inutile, mais encore qu'elle est suivie d'accidens graves et presque irrémédiables, tels que la distorsion des traits, la perte de la faculté d'articuler distinctement, l'immobilité des paupières, etc.

A l'occasion de cette opération, M. Bell fait observer que, bien qu'elle ait été pratiquée un grand nombre de

fois, et par les hommes les plus habiles, elle n'avait fait naître aucune idée de spécialité dans les fonctions des nerfs de la face; et, de ce fait remarquable, il déduit la conséquence que, dans un certain nombre de cas, il est nécessaire, quoi qu'on en ait dit, que le physiologiste, en faisant ses expériences, ait l'idée d'arriver à tel ou tel résultat prévu d'avance.

Nous arrivons ici à la seconde partie du mémoire de M. Bell, qui contient la description anatomique de la portion musculaire du nerf de la cinquième paire. Nous laisserons parler l'auteur.

« *Du nerf moteur ou masticateur de la cinquième paire.* — Le nerf de la cinquième paire est ordinairement désigné sous le nom de trijumeau, parce qu'il se divise en trois branches principales avant de sortir du crâne. Mais depuis qu'il a été démontré que ce nerf était formé de deux racines distinctes, la manière dont ses divisions traversent les parois osseuses du crâne a perdu de son intérêt, et l'on s'est fait cette question : comment se distribue la branche musculaire du nerf de la cinquième paire?

« Le nerf moteur du trifacial passe sous le ganglion de Gasser dont il reste parfaitement isolé. Cette disposition ne peut se voir, si l'on examine les objets de haut en bas, comme ils sont représentés dans les planches de Monro; mais, si l'on retourne le nerf et qu'on le dissèque avec soin, on reconnaît que la branche dont il s'agit forme environ la cinquième partie du cordon entier, auquel elle est unie, avant d'arriver au ganglion, par des filamens qu'on a quelquefois regardés comme des nerfs particuliers. Après avoir dépassé le ganglion, le nerf moteur devient légèrement adhérent au rameau maxillaire supérieur; mais cette adhérence me paraît être seulement membraneuse. Sorti du crâne par le trou ovale, il se réunit avec la troisième grande division, et, dans ce point, les portions

motrices et sensitives s'entrelacent étroitement entr'elles et forment, par leur réunion, une masse qui, entre les doigts, donne la sensation d'un nœud (1). Dans cette masse, on n'aperçoit cependant pas, comme dans le ganglion de Gasser, de matière rouge et comme charnue, interposée; mais les filets des deux portions du nerf sont tellement entrelacés et si intimement confondus, que toutes les branches qui, dans ce point, naissent au-dessous, sont des nerfs composés, c'est-à-dire formés des deux ordres de filamens. Cependant on observe que la branche destinée à l'organe du goût, (*gustatory division*) qui part de cette masse, n'est pas fournie d'un aussi grand nombre de filets appartenant à la portion motrice du nerf, que les rameaux qui sont destinés aux muscles des mâchoires. La branche maxillo-labiale, qui naît aussi de ce plexus, est placée plus près du nerf moteur et en reçoit des filets en plus grande abondance que celle dont nous venons de parler. Cette portion motrice ou musculaire du trifacial ne fournit aucune branche pendant son trajet sous le ganglion de Gasser, ni dans une étendue d'environ un demi-pouce après l'avoir dépassé; mais, dans ce point, elle concourt à former le plexus, d'où partent, en divergeant, les différentes divisions qui vont se rendre dans les muscles temporal, masséter, ptérygoïdiens et buccinateur. Le muscle temporal reçoit un rameau particulier et considérable; celui qui se rend au masséter passe dans l'échancrure qui sépare l'apophyse coronoïde du condyle de la mâchoire; mais avant de pénétrer dans ce muscle, il envoie quelques filets au muscle temporal. Les deux muscles ptérygoïdiens reçoivent chacun un rameau particulier venant directement du plexus.

(1) Santorini dit que ce plexus est comme un ganglion : *in plexum verè gangliformem mutatur.*

Rameau bucco-labial. — C'est une branche très-remarquable qui naît du même point que les précédentes, et qui va se perdre dans les joues et dans les lèvres. Ce nerf, pendant son trajet à la surface du muscle ptérygoïdien externe, envoie un filet au temporal; il se divise alors en deux branches, l'une qui pénètre dans le muscle buccinateur, et l'autre qui se porte au-delà. La première est tortueuse, sans doute, pour pouvoir s'accommoder aux mouvemens des joues, et de ses filets de terminaison, les uns peuvent être suivis jusque dans le tissu du muscle où ils se perdent, les autres se distribuent entièrement à la membrane muqueuse de l'intérieur de la joue. La seconde branche qu'on pourrait appeler *labiale*, marche le long du bord de l'arcade alvéolaire de la mâchoire inférieure, et devient si superficielle qu'elle s'unit avec la portion dure de la septième paire; de là, passant sous l'artère faciale, on peut la suivre jusque dans les muscles triangulaire, abaisseur commun des lèvres et la moitié correspondante de l'orbiculaire des lèvres. Dans son trajet, le bucco-labial rencontre, comme je viens de le dire, quelques branches de la portion dure; et rien n'est plus remarquable que la manière dont ce dernier passe sur le masséter, muscle qui appartient essentiellement à la mastication, pour se porter vers les muscles des lèvres dans lesquelles se perdent ses innombrables filets.

« Il y a encore une autre branche de ce nerf dont l'étude est très-importante pour la connaissance des fonctions de la cinquième paire. Au point où le maxillo-labial prend naissance, on voit naître un autre petit nerf, qui d'abord marche parallèlement avec ce dernier jusqu'à ce qu'il s'engage dans le canal de l'os maxillaire inférieur; il s'en sépare alors, continue à marcher le long de la face interne de cet os jusqu'au muscle mylo-hyoïdien et au ventre postérieur du digastrique dans lesquels il se distribue; mus-

cles qui ont pour fonction d'ouvrir la bouche en abaissant la mandibule inférieure. »

M. Ch. Bell fait observer que tous les nerfs *musculaires*, avant de se rendre aux parties qu'ils doivent animer, forment tous des plexus; et que cela a lieu aussi pour les branches *musculaires* du nerf trijumeau. Le plexus formé par les branches *motrices* et *ganglioniques* (celles qui viennent du ganglion de Gasser) de ce nerf, avant qu'elles se distribuent aux muscles de la mâchoire, est l'équivalent des autres plexus formés par les nerfs musculaires. La branche même de la troisième division du nerf de la cinquième paire, qui sort au devant de l'oreille, forme un plexus avec les rameaux de la septième paire, et c'est à cette circonstance qu'il attribue les signes de sensibilité donnés par le nerf facial dans quelques expériences faites sur ce point.

Revenant à son sujet principal, l'auteur continue : « L'anatomie du nerf de la cinquième paire nous conduit à des résultats curieux. Nous voyons que la portion de ce nerf destinée aux mouvemens se rend d'abord aux muscles qui relèvent la mâchoire inférieure et qui la font mouvoir latéralement; nous remarquons aussi qu'elle se distribue aux muscles de la joue qui placent le bol alimentaire sous l'action des dents, et enfin qu'elle fournit encore aux muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure.

« Passons maintenant à la seconde manière de vérifier les déductions que nous avons tirées des faits fournis par l'anatomie; c'est-à-dire à la méthode expérimentale. Les mouvemens de la mâchoire sont-ils sous l'influence du nerf de la cinquième paire? Est-il réellement le nerf *masticateur ?* Les expériences suivantes nous donneront la solution de ces questions.

« *Première expérience.* La racine du nerf de la cinquième paire ayant été mise à nu sur un âne, et irritée

avec la pointe du scalpel, les mâchoires se rapprochèrent brusquement et avec bruit. »

« *Deuxième expérience.* Le même nerf ayant été divisé, sur un animal de même espèce, la mâchoire inférieure resta pendante et comme paralysée.

« Si maintenant nous examinons l'acte de la mastication, nous concevrons à l'instant ce qui arriverait s'il n'y avait pas de concordance, de coordination entre les mouvemens de la mâchoire inférieure et ceux des joues. Persuadé que cette concordance devait nécessairement exister, et ayant étudié avec soin les racines du nerf de la cinquième paire et leurs différentes fonctions, j'avais été conduit à penser que c'étaient les branches de la seconde division de ce nerf qui établissaient cette coordination. Mais ayant remarqué que l'union de la branche motrice avec le nerf maxillaire supérieur n'était opérée que par l'intermédiaire du tissu cellulaire, et prenant d'ailleurs en considération l'opinion de M. Magendie et de quelques autres physiologistes, que le rameau sous-orbitaire n'avait aucune action sur les lèvres, j'étudiai avec plus de soin le rameau *bucco-labial.* Personne, je pense, ne doutera maintenant que la distribution de ce dernier ne vienne pleinement confirmer les notions fournies par l'examen anatomique du tronc qui le fournit; savoir que non-seulement le nerf de la cinquième paire est le nerf masticateur comme se distribuant aux muscles qui meuvent les mâchoires, mais aussi qu'il fournit des rameaux nombreux aux muscles des joues, pour coordonner leurs mouvemens avec ceux des mâchoires, dans l'acte de la mastication. En continuant la même manière de raisonner, nous voyons tout de suite pourquoi une branche du même nerf se prolonge, jusque dans les muscles antagonistes de ceux qui relèvent la mâchoire inférieure. Enfin, nous remarquerons que la portion musculaire ou motrice de la cinquième paire n'envoie aucun

filet dans le trajet de la branche ophthalmique, ni dans celui du maxillaire supérieur, et que c'est seulement avec le maxillaire inférieur qu'il a de nombreux rapports. Nous dirons donc que c'est aux muscles de la mâchoire inférieure, qui agissent dans l'acte de la mastication, et aux autres muscles qui coopèrent nécessairement à cette action, que le nerf masticateur se distribue entièrement.

« Il ne nous reste plus maintenant qu'à examiner ce qui a lieu chez l'homme, et à comparer les phénomènes qui se présentent, avec les résultats des expériences faites sur les animaux.

« J'ai été consulté pour une dame affectée d'une maladie très-extraordinaire dans un côté de la tête; on m'avait parlé de tumeurs pulsatives qui auraient existé à la face et sur la tête, de sorte que je ne savais à quoi m'en tenir. Quand je vis cette personne, tout le mystère disparut. Elle éprouvait des spasmes très-violens des muscles temporal et masséter d'un côté, qui se gonflaient et faisaient une forte saillie au moment de l'accès, et rapprochaient les mâchoires avec tant de force, que les dents avaient été déplacées. Cette affection dépendait d'une maladie de la joue (l'auteur n'en indique pas la nature). Pendant les spasmes les plus violens, les traits du visage restaient libres, sous l'influence de la portion dure de la septième paire, et ne participaient en aucune manière à la maladie.

« J'ai en ce moment même sous les yeux un homme qui offre précisément la contre-partie du fait que je viens de rapporter. Il est atteint d'une maladie du nerf de la cinquième paire du côté gauche, accompagnée d'une perte de la sensibilité de tout ce côté de la figure et même de l'œil et de ses enveloppes. Les muscles de la mâchoire du côté malade ne font absolument aucun mouvement. La mastication ne s'opère que du côté opposé, et pendant

cette action le temporal et le masséter gauches restent complètement immobiles et ne font pas la saillie qu'on observe quand ils se contractent pour rapprocher les mâchoires. Cet homme, cependant, conserve une mobilité parfaite des traits de la face, soumis à l'action de la portion dure de la septième paire.

« Un cas qui se rencontre bien plus communément, et qui démontre bien la différence d'action des nerfs de la cinquième et de la septième paire, c'est la paralysie de ce dernier. Dans l'observation rapportée plus haut, relative à l'homme qui avait reçu un coup de corne de bœuf dans la joue, la peau du front, le côté du nez, la joue et la moitié des lèvres supérieure et inférieure étaient amaigris et presque atrophiés; tandis que les muscles servant à la mastication paraissaient avoir conservé leur volume et leurs fonctions naturelles.

« Ces faits viennent compléter les preuves de ce que j'ai avancé : savoir, que le nerf de la cinquième paire est un nerf double, de l'action duquel dépendent, non seulement la sensibilité de la tête et de la face, mais encore les mouvemens des mâchoires relatifs à la mastication et à la préhension des alimens. »

A cet intéressant mémoire sont jointes deux planches admirablement gravées au burin, représentant le nerf de la cinquième paire, la distribution de ses nombreux rameaux et principalement celle de la branche que l'auteur appelle nerf *moteur* ou *masticateur*.

Recherches physiologiques sur la transfusion du sang; *par* J. F. Dieffenbach, *M. D.* (1).

L'auteur rappelle d'abord les deux manières d'opérer

(1) *Meckel's Archiv für Physiologie*, etc.

la transfusion : l'une, la transfusion *immédiate*, qui se pratique en faisant passer, à l'aide d'un tube intermédiaire, le sang d'une artère d'un animal dans une veine d'un autre; la seconde, la transfusion *médiate*, qui se fait en poussant dans une veine, au moyen d'une petite seringue, ou de tout autre appareil analogue, du sang tiré des vaisseaux d'un animal, plus ou moins de temps après sa sortie. Il examine ensuite les avantages et les inconvéniens de ces deux méthodes. Nous ne suivrons pas M. Dieffenbach dans ces détails; nous nous bornerons à dire que cet habile physiologiste reconnait à la première de très-grands inconvéniens qui lui font préférer la seconde. Nous arriverons ainsi à la partie expérimentale de son travail, la plus essentielle pour nous.

§ I. *Effets de la transfusion immédiate sur des animaux épuisés par une forte hémorrhagie.* — Les expériences que l'auteur a faites pour constater ces effets sont en très-grand nombre; mais il n'en rapporte que onze, parce que, dans les autres qu'il passe sous silence, quelques circonstances fortuites sont venus bien évidemment modifier les résultats et déterminer la mort des animaux sur lesquels il opérait. Nous ne rapporterons qu'une seule de ces expériences, pour mettre nos lecteurs en état de juger du procédé que M. Dieffenbach a mis en usage.

« Ayant pris, dit-il, un petit chien noir, de ceux qu'on appelle *Bichons*, je mis la carotide gauche à nu, et après y avoir pratiqué une incision dans le sens de sa longueur, je laissai couler le sang, jusqu'à ce que l'animal ne donnât plus aucun signe de vie; cet état de mort apparent fut immédiatement précédé de convulsions violentes. Pendant les accidens nerveux, la pupille se contracta et se dilata alternativement, jusqu'à ce qu'enfin elle resta immobile et largement dilatée. Pendant que je dénudais l'artère carotide, la veine jugulaire avait été ouverte et

munie d'un petit tube. Un bout d'artère, long d'environ quatre pouces, pris sur un autre animal, et à chacune des extrémités duquel j'avais adapté un tube, me servit à faire couler dans la veine, pendant une minute, le sang de l'artère carotide d'un autre chien à peu-près de même taille. Des pulsations se firent sentir pendant 18 secondes dans la partie membraneuse du canal artificiel de communication; mais elles s'affaiblirent bientôt et cessèrent tout-à-fait au bout de ce temps. Le chien qui fournissait le sang parut s'affaiblir un peu davantage, et au contraire celui qui le recevait sembla d'abord respirer un peu; mais l'état des pupilles ne changea en aucune manière; le cœur ne battait que très-faiblement et l'on ne percevait guère que des espèces d'ondulations obscures. De légères frictions, faites sur le corps pour tâcher de rétablir la circulation, furent inutiles, et l'animal périt au bout de quelques instans. A l'ouverture du cadavre, je trouvai les cavités droites du cœur distendues par du sang coagulé; les cavités gauches contenaient du sang à demi liquide et d'une couleur moins foncée. Les poumons étaient pâles et couverts de taches brunes; les veines du bas-ventre, le foie et la rate étaient gorgés de sang noir, tandis qu'il n'y en avait qu'une très-petite quantité dans le cerveau. »

Cette expérience fut répétée sur six autres chiens de diverses espèces, sur deux chats, l'un jeune et l'autre vieux, sur un vieille brebis, sur un veau et sur un chevreau. Elle fut suivie, chez trois des chiens, le jeune chat et le chevreau, du même résultat; c'est-à-dire, que les animaux périrent plus ou moins promptement, tandis que dans les trois autres chiens, le vieux chat, la brebis et le veau, la vie se rétablit progressivement. Ce rétablissement fut toujours accompagné de soupirs profonds, de mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement de la pupille, de la sortie involontaire des matières fécales et

des urines, et même, quelquefois, de vomissemens abondans. Les animaux ont survécu à la transfusion, et ont recouvré leur santé première au bout d'un temps variable, depuis quelques heures jusqu'à trois jours.

On voit d'après ces faits, que, par la transfusion immédiate, pratiquée sur des animaux d'une même espèce qu'on a jetés dans un état d'asphyxie très-voisin de la mort par la soustraction de la presque totalité du sang, on peut, dans un assez grand nombre de cas, rétablir complétement l'exercice de la vie; résultat tout à-fait conforme à celui qu'ont obtenu de leurs expériences, MM. Blundell, Prévost et Dumas, etc., dont notre auteur d'ailleurs déclare adopter toutes les vues. « Cependant, dit-il, il est un seul point sur lequel je ne puis partager entièrement leur avis, c'est que la transfusion est peu dangereuse; je l'ai trouvée, au contraire, souvent mortelle, même quand on ne pouvait faire aucun reproche à la manière dont l'opération avait été pratiquée. »

§. II. *Effets de la transfusion médiate, faite à l'aide d'une seringue, sur des animaux épuisés par une forte hémorrhagie.* — Les expériences de ce genre présentent beaucoup moins de difficultés que les précédentes, et demandent beaucoup moins de temps; aussi M. Dieffenbach en a-t-il fait un très-grand nombre sur diverses espèces d'animaux. Il en rapporte avec détails plusieurs dans son mémoire; mais comme aucune ne présente rien qui ne soit connu, nous les passerons sous silence; nous dirons seulement qu'elles ont toutes été faites avec du sang fraîchement tiré des vaisseaux et qui conservait encore sa chaleur. Les résultats ont été semblables à ceux de la série précédente; seulement les animaux ont été plus souvent rappelés à la vie. La révivification a été moins fréquente chez les chats que chez les chiens dont la moitié a été ranimée par la transfusion et a survécu; et la proportion fut plus grande

encore chez les brebis et les veaux, dont plus des deux tiers ont été rappelés à la vie.

§. III. *Combien de temps le sang conserve-t-il la propriété de rappeler à la vie un animal exsangue?* — D'après les expériences que M. Dieffenbach a faites pour résoudre cette question, et qu'il ne rapporte pas, « parce-que, dit-il, elles ne l'ont pas conduit à des résultats qui établissent d'une manière certaine la durée de la vitalité du sang, » il parait que cette vitalité diminue peu-à-peu, à partir de la troisième heure après sa sortie des vaisseaux; que les animaux sont plus rarement rappelés à la vie lorsqu'on leur injecte du sang qui a séjourné quelque temps hors des vaisseaux; que cette revivification n'a lieu que fort peu souvent lorsqu'on emploie du sang exposé plus de six heures à l'action de l'air atmosphérique; enfin, que du sang plus ancien encore ne produit que de très-faibles signes de vie, comme le ferait tout autre liquide tiède injecté dans les veines, mais qu'il ne rappelle jamais à la vie. Ce résultat est en contradiction avec l'assertion de M. Blundell, qui dit avoir ranimé des chiens avec du sang tiré depuis plus de vingt-quatre heures. Le sang abandonné au contact de l'air, jusqu'à ce qu'il commence à se décomposer, agit sur l'économie absolument de la même manière que les autres liquides putrides dont M. Gaspard a si bien décrit les effets.

§. IV. *Le sang desséché et redissous dans l'eau peut-il rappeler à la vie?* — Il est résulté des tentatives faites en injectant, dans les veines d'animaux épuisés par une forte hémorrhagie préalable, du sang desséché, pris dans leur propre espèce, puis dissous dans l'eau tiède, qu'on voit quelquefois reparaître quelques légers signes de vie, mais que jamais il n'y a revivification complète.

§. V. *Effets de la transfusion du sang d'un animal sur d'autres animaux d'espèce différente.* — M. Dieffen-

bach a fait une longue série d'expériences sur ce point intéressant, déjà traité, il est vrai, par MM. Prevost, Dumas et Blundell, mais d'une manière qu'il n'a pas jugé assez complète.

« Je n'ai jamais parfaitement réussi, dit-il, à ranimer un animal avec le sang d'animaux d'espèce différente. Des chiens furent cependant quelquefois tirés de leur état de mort apparente, par la transfusion médiate de sang de brebis ou d'homme; mais la plupart d'entre eux périrent très-promptement au milieu de convulsions violentes, surtout lorsque j'avais employé du sang humain. Aucun de ces animaux ne survécut au sixième jour. D'autres expérimentateurs cependant paraissent avoir été plus heureux que moi. M. Blundell, entre autres, assure qu'il a rappelé un chien à la vie en lui infusant du sang pris sur un homme, et que l'animal survécut parfaitement à cette expérience. Quant à moi, malgré toutes les précautions imaginables, j'ai constamment échoué. »

Pour reconnaître dans ses divers degrés l'action d'un sang étranger, l'auteur, dans les expériences dont il s'agit, n'enlevait aux animaux qu'une partie du leur, et le remplaçait par une quantité, tantôt moindre, tantôt plus grande, de sang d'un animal d'espèce différente.

A. Transfusion de sang humain dans un chat. — Trois onces de sang tirées de la jugulaire d'un chat adulte furent remplacées par deux onces du même liquide, pris sur un homme goutteux, et injecté si lentement dans la veine de l'animal, qu'il n'en arrivait au cœur qu'environ un gros en vingt secondes. Après l'injection des trois premiers gros, cri plaintif très-fort, soupirs profonds et répétés, accélération très-grande de la respiration et de la circulation; à mesure que la quantité du sang injecté augmente, la gêne de la respiration devient plus grande, et l'animal meurt tout-à-coup pendant l'introduction du

dernier gros, après quelques mouvemens violens, mais non convulsifs. En ouvrant le cadavre, on trouva presque tous les organes gorgés de sang noir et coagulé, surtout les reins, la rate, le foie et les cavités droites du cœur. Le cerveau et le cervelet étaient aussi fortement injectés, et, à la base du crâne, il existait une extravasation de sang d'un demi-pouce environ de diamètre.

B. Transfusion du sang de bœuf. 1.° *Dans un mouton.* — Quarante onces environ de sang d'un bœuf qu'on venait de tuer furent injectées en quatre fois, et en laissant entre chaque injection un intervalle de près de deux minutes, dans la veine jugulaire d'un mouton de forte taille, qui n'avait pas été saigné préalablement. Pendant toute l'opération l'animal resta tranquille; seulement il grinça plusieurs fois les dents, et présenta une grande plénitude du pouls. Remis en liberté après l'expérience, il marchait lentement, la tête baissée, et d'ailleurs ne paraissait éprouver aucune souffrance particulière. On le sacrifia quelques heures après, et on ne trouva, en examinant le cadavre, rien de remarquable, si ce n'est une très-grande réplétion des cavités du cœur et de tous les vaisseaux sanguins.

2.° *Sur des chiens.* — Après avoir saigné un carlin jusqu'à ce qu'il tombât épuisé, (on tira environ une livre de sang); on lui injecta aussitôt une once et demie de sang de bœuf, qui était resté pendant quarante heures au contact de l'air. D'abord la respiration et la circulation s'accélérèrent; mais peu à peu elles reprirent leur rhythme naturel. L'animal poussa quelques gémissemens; les pupilles se dilatèrent énormément, et au bout d'un quart d'heure, lorsque l'expérience fut terminée, l'état de l'animal était tel, qu'on devait s'attendre à une mort prochaine; cependant, après trois heures, il était sensiblement mieux, et au bout de quelques jours, il était complètement rétabli.

L'expérience fut répétée sur le même animal, avec cette différence qu'on ne lui tira qu'une once et demie de sang de la jugulaire, quantité qu'on remplaça par du sang de bœuf tué depuis vingt-quatre heures. Les accidens furent absolument les mêmes que dans le cas précédent; seulement ils furent beaucoup plus violens, et vers la fin de l'expérience l'animal, tombé dans une sorte de stupeur, gardait toutes les positions qu'on lui faisait prendre. Cet état se prolongea pendant huit heures, et le lendemain matin l'animal fut trouvé mort. L'examen du cadavre fit voir que les vaisseaux du cerveau et les cavités droites du cœur étaient distendus par du sang noir et coagulé.

Une troisième expérience du même genre fut tentée sur un autre chien jeune et vigoureux. Après qu'on lui eut tiré une livre et demie de sang de la veine jugulaire, ce qui ne parut l'affaiblir que fort peu, on lui injecta, gros par gros, à quatre reprises, entre lesquelles on laissa un intervalle de deux minutes, une demi-once de sang de bœuf conservé à l'air depuis vingt-quatre heures, et qu'on avait empêché de se coaguler par l'agitation; on l'avait en outre passé à travers un linge, et chauffé au degré convenable. L'injection fut faite très-lentement, de manière qu'elle demanda deux minutes pour chaque gros de liquide. Les résultats de cette expérience ne différèrent que fort peu de la précédente, et à la fin de l'opération, l'animal resta étendu sans mouvement et dans une insensibilité complète qui annonçait une mort très-prochaine. Cependant il rendit, quelques momens après, une assez grande quantité d'une urine limpide et presque inodore, et les signes de vie devinrent un peu plus prononcés. Au bout de quelques secondes, l'animal se ranima au point de pouvoir soulever la tête. Cet état se prolongea, sans changemens remarquables, pendant six heures environ, au bout desquelles il succomba.

C. Transfusion du sang de lapin dans un chat. — Un gros de sang veineux, récemment tiré d'un jeune lapin, fut injecté dans la jugulaire d'un chat de cinq semaines, qu'on avait préalablement saigné d'une quantité à-peu-près égale. Une seconde environ après l'opération, accélération de la respiration, cris plaintifs, convulsions, renversement du dos en arrière; au bout d'une minute, calme parfait qui dure quinze secondes, puis l'animal rampe circulairement en se servant seulement de ses pattes de devant. A la fin de la douzième minute, tremblement violent de tous les membres, auquel succède un accablement général et très grand. Pendant trois jours, l'animal est sans appétit, le ventre est tuméfié, la chaleur considérablement diminuée; enfin, il meurt le quatrième jour au matin. Tous les organes intérieurs étaient pâles et friables, le canal intestinal distendu par des gaz, et sa membrane interne très-pâle, de même que le cerveau et le cervelet. Le cœur ne contenait que quelques gouttes de sang brunâtre.

D. Transfusion du sang de cochon. 1.° *Dans des chats.* — On injecta dans la jugulaire d'un chat adulte trois gros de sang de cochon, qui était resté à l'air pendant vingt-huit heures. Au bout d'une demi-minute, l'accélération de la respiration et les autres symptômes que nous avons indiqués dans les cas précédens se manifestent; mais ils se calment vers la quatrième minute. Une demi-heure après l'opération, surviennent des vomissemens abondans et des selles noirâtres et fétides. Six heures après, état fébrile très-prononcé; mais le lendemain cessation de tous les accidens et rétablissement progressif.

Cette expérience répétée sur un autre chat âgé d'environ six semaines donna, à peu de chose près, les mêmes résultats; l'animal se rétablit, après des évacuations alvines abondantes et fétides et quelques vomissemens. La

quantité de sang employée était de trois gros; on l'avait tenu liquide par l'agitation.

2.° *Dans un chien.* — Après avoir tiré six onces de sang à un chien de forte race, âgé de six semaines, ce qui ne produisit qu'un peu de faiblesse, on injecta dans la jugulaire, dans l'espace de dix minutes, trois gros de sang de cochon conservé à l'air pendant vingt-quatre heures. Les accidens ne commencèrent qu'à la cinquième seconde, et furent bien moins violens que dans les expériences précédentes. L'animal était complètement rétabli le lendemain matin.

E. Transfusion du sang de veau dans un chat. — Une once de sang environ fut tirée de la jugulaire d'un jeune chat, et on injecta en place la même quantité de sang de veau, tenu à l'air pendant vingt-quatre heures, mais passé à travers un linge et convenablement chauffé. L'injection fut poussée du côté du cœur; aussitôt respiration très-pénible, cris, faiblesse extrême et syncope profonde. Un scrupule du même sang fut alors poussé dans la veine du côté du cerveau; au même moment, l'animal sortit de son état de mort apparente, se roula à terre, et, au bout de quelques instans, parut avoir cessé de vivre. On ouvrit alors le ventre et la poitrine; le cœur se contractait lentement et faiblement. On fit passer ensuite un demi-scrupule du même sang dans la veine iliaque, en poussant l'injection vers le cœur, qui commença aussitôt à présenter des mouvemens plus forts, en même temps que la circulation devint plus active. Le même phénomène se manifesta à la suite de l'injection d'une même quantité de sang, faite dans l'aorte descendante et poussée vers le cœur; mais au bout de quelques instans, tous les signes de vie s'éteignirent.

M. Dieffenbach conclut de ces expériences, et de plusieurs autres qu'il ne rapporte pas, que :

1.° Le sang conservé pendant quelque temps et tenu liquide par l'agitation, puis passé à travers un linge et injecté dans les veines d'un animal d'espèce différente, est promptement mortel ;

2.° Une forte saignée, portée jusqu'à la syncope, peut diminuer l'influence nuisible d'un sang étranger et dépouillé de sa vitalité par un contact prolongé avec l'atmosphère ;

3.° L'injection d'une certaine quantité de sang étranger, qui est resté long-temps exposé à l'air, et qui, sans une saignée préalable, serait suffisante pour tuer un animal, ne produit pas ce résultat lorsqu'on commence par soustraire à l'animal une quantité considérable de son propre sang.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Recherches anatomiques et physiologiques sur les membranes du cerveau et de la moelle épinière, etc. ; *par le docteur Martin Saint-Ange.* — Depuis assez long-temps déjà, bon nombre d'anatomistes mettent en doute la présence de l'arachnoïde dans les ventricules cérébraux. Si l'exactitude des observations de M. Martin Saint-Ange est constatée, les difficultés de cette question anatomique seront définitivement résolues. Ce médecin n'admet point que la membrane séreuse qui enveloppe le cerveau pénètre dans les ventricules de ce viscère ; voici quel est, suivant lui, le trajet de cette membrane : on la suppose partir du trou occipital ; de là elle se porte sur le cervelet qu'elle recouvre de toutes parts. Arrivée près du bord postérieur et libre du corps calleux, et, un peu avant de franchir la fente transversale qui sépare le cervelet du cerveau, on voit l'arachnoïde former un repli de forme triangulaire ; l'un des côtés de ce triangle, l'antérieur, correspond à la réunion des deux troncs veineux de Galien, au moment où ils s'abouchent pour former le tronc unique des veines de Galien, qui va ordinairement déboucher dans le sinus

droit ou dans le longitudinal inférieur, et lorsque celui-ci vient à manquer dans le longitudinal supérieur. L'arachnoïde se comporte pour le trou des veines comme pour toutes les ouvertures nécessaires au passage des nerfs et des vaisseaux, c'est-à-dire, qu'elle se réfléchit sur les troncs veineux en formant un petit repli; l'arachnoïde revient ensuite sur le sinus inférieur qu'elle revêt de toutes parts, se porte sur le corps calleux, sur la face interne des lobes cérébraux antérieurs, de là sur leur face convexe pour gagner ensuite toute leur partie postérieure et inférieure, et aller ainsi rejoindre la portion de cette même membrane qui recouvre la base du cervelet et la protubérance annulaire. L'erreur des anatomistes qui ont cru que la cavité de la membrane séreuse se continuait avec celle des ventricules, venait sans doute de leur manière d'étudier l'encéphale. Bichat, comme les autres anatomistes, enlevait sans doute le cerveau de la boîte crânienne pour mieux l'étudier. Cela était suffisant pour déterminer une déchirure que Bichat a le premier cru être naturelle. Pour éviter cette cause d'erreur, M. Martin-Saint-Ange fait une coupe du cerveau au niveau de la base : le cerveau ainsi mis à nu, il coupe un des pédoncules, et enlève un hémisphère; on voit alors que l'arachnoïde ne forme point d'ouverture; que le canal décrit par Bichat n'existe réellement pas, et qu'il était dû seulement au mode de préparation employé pour retirer le cerveau de sa boîte osseuse.

Nous ne rapporterons, de la description de la pie-mère, que les particularités relatives à la manière dont elle se comporte à l'égard des ventricules et du canal décrit par M. Magendie.

La pie-mère pénètre seule dans les ventricules, qu'elle tapisse en partie seulement, après avoir formé la toile choroïdienne et enveloppé les vaisseaux qui constituent les plexus choroïdes. Elle offre, près du *calamus scriptorius*, une ouverture oblongue et irrégulière, présentant le plus souvent un réseau vasculaire au-devant d'elle. C'est par cette ouverture qu'elle se réfléchit et pénètre dans le ventricule postérieur, et c'est à travers cette espèce de tamis que le liquide filtre, pour ainsi dire, des ventricules dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. Des observations exactes prouvent qu'un état pathologique peut déterminer l'oblitération de ce canal. (*Journ. heb. de Méd.*, 23 janvier 1830.)

Exemple remarquable de monstruosité héréditaire. — *Obs. rec. par le docteur Béchet.* — Victoire Barré, âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une taille moyenne, parvenue au terme d'une seconde grossesse, se présenta à l'amphithéâtre d'accouchemens de M. Maygrier, le 18 mai 1827. Cette femme offre les difformités congénitales suivantes : l'extrémité de chaque membre supérieur est

terminée par une main qui n'est munie que du doigt auriculaire : les autres doigts et les os métacarpiens qui leur correspondent, manquent entièrement; aux pieds il n'y a que le premier et le cinquième orteils, et encore sont-ils imparfaits : ils sont séparés par une vaste échancrure qui résulte de l'absence des autres orteils et des métatarsiens correspondans. Aux deux mains, le petit doigt qui y existe est difforme, recourbé de dedans en dehors, les articulations de ses phalanges sont à peine mobiles, son articulation métacarpo-phalangienne jouit seule de sa mobilité ordinaire. On ne sent que des rudimens des deux os métacarpiens voisins. Aux deux pieds, l'échancrure qui sépare le gros orteil du cinquième orteil est triangulaire, et donne à l'un et à l'autre pieds l'apparence des pinces de certains insectes. Le premier orteil du pied droit est dépourvu d'ongle, et recourbé directement en avant et en haut; ses phalanges sont soudées entr'elles, l'articulation métatarso-phalangienne est peu mobile ; le cinquième orteil est très-recourbé de dehors en-dedans, très-mobile dans ses articulations phalangiennes, le métatarsien qui le supporte est évidemment formé de la réunion de plusieurs de ces os. Au pied gauche, le gros orteil est recourbé de dehors en dedans, et comme tordu sur lui-même de sorte que sa face inférieure est tournée en-dedans et sa face supérieure en dehors : on voit sur cette face un rudiment d'ongle de peu de largeur. L'ankylose de ses phalanges est incomplète. Le cinquième orteil est comme celui de l'autre pied, fortement recourbé en dedans et articulé de la même manière avec un métatarsien qui paraît aussi formé de plusieurs os réunis.

Après un travail qui n'offrit rien de particulier, cette femme accoucha d'un enfant du sexe féminin, qui présentait les difformités suivantes : les mains, beaucoup plus étroites que dans l'état naturel, sont, comme celles de la mère, dépourvues des quatre premiers doigts. Il n'existe que deux métacarpiens dont un supporte le petit doigt. Les deux mains sont tout-à-fait semblables, le petit doigt est légèrement recourbé de dedans en dehors, l'articulation métacarpo-phalangienne est plus mobile que celles des phalanges ; deux petits tubercules charnus, séparés par un pli de la peau, terminent la partie inférieure et externe de la main : le tubercule le plus voisin du petit doigt est formé en partie par la saillie de l'extrémité libre de l'autre os métacarpien. Aux pieds, le cinquième orteil existe seul, il est fortement recourbé de dehors en dedans, ainsi qu'aux mains ; il n'y a de bien mobile que l'articulation métatarso-phalangienne ; on ne trouve que le premier et le cinquième os du métatarse, ils sont plus gros que dans l'état ordinaire. L'intervalle qui les sépare est rempli par des parties molles.

Le 27 février 1829, Victoire Barré est accouchée d'une autre fille

qui présente exactement les mêmes difformités que sa sœur, ainsi que le constatent les planches jointes à l'observation. Les difformités étaient de la plus exacte ressemblance chez les deux enfans.

Cette femme était accouchée pour la première fois en 1825 d'un garçon bien conformé qui mourut de la variole à l'âge de 10 mois. Le père de cet enfant n'était pas le même que celui des deux petites filles. La mère de cette femme n'avait aucune difformité, mais son père n'avait aux pieds que le cinquième orteil, sa main gauche n'offrait que le petit doigt; la droite en était totalement dépourvue, et se terminait par une espèce de tumeur ronde, molle, qu'on comparait au sein d'une femme. Cet homme avait une sœur chez laquelle existaient des difformités semblables (*Essai sur les monstruosités humaines*, Paris, 1829, in-4. *Dissert. Inaug.* extrait). On trouve dans les *Archives gén. de méd.*, tom. XVI, an 1828, plusieurs exemples, et un entr'autres fort détaillé, d'un vice de conformation de cette espèce observé chez l'homme.

Pathologie.

Mort subite en walsant. — Le dimanche, 13 décembre, M. G..., étudiant en droit, se trouvait dans un bal public, et walsait avec ardeur depuis quelque temps, quand tout-à-coup il tombe, privé de sentiment et de mouvement. Des secours variés furent administrés, une saignée fut pratiquée, mais en vain, M. G. était mort. Les renseignemens pris sur son compte apprirent que sa santé était excellente, et qu'il venait de faire un repas copieux. *Autopsie trente-six heures après la mort.* Cadavre d'un homme de 18 à 20 ans. Rigidité très-marquée. Système musculaire développé. Apparence générale d'une constitution vigoureuse. Les tegumens, surtout aux membres inférieurs, sont fortement congestionnés; leur teinte est celle d'une scarlatine à son plus haut degré. Sur la poitrine et aux membres supérieurs, cette rougeur des tégumens est seulement par plaques, et disséminée en larges sugillations. Il ne s'écoule de sang d'aucune des ouvertures naturelles; l'expression de la face est peu altérée. — *Crâne.* Les vaisseaux des membranes du cerveau sont gorgés de sang qui ruisselle sous le scalpel. La substance cérébrale est sablée dans toute l'étendue des hémisphères. Les ventricules contiennent environ deux cuillerées d'une sérosité légèrement fauve. Les branches d'origine des veines qui vont traverser la toile choroïdienne ont un volume double au moins du volume ordinaire. Le cervelet, la protubérance annulaire, le bulbe rachidien sont, comme le cerveau, piquetés de sang, mais non autrement altérés. Nulle part on ne trouve de congestion spéciale, ni d'épanchement circonscrit. Beaucoup de sang

s'écoule du canal vertébral. La moelle n'a point été examinée. — *Poitrine*. Les parois enlevées, les poumons ne s'affaissent point; ils sont partout libres d'adhérences; leur couleur est généralement livide. Lorsqu'on les comprime, ils ne crépitent pas, et donnent la sensation d'une masse de coton qu'on malaxerait entre les doigts. A leur incision, un sang noir et visqueux s'écoule en abondance. Le parenchyme en est totalement pénétré, de la base au sommet. Le péricarde contient un peu de sérosité citrine. Le cœur, très-volumineux, est surtout développé en avant et à droite. Les veines caves sont distendues et rénittentes. Les cavités droites sont remplies de sang en partie liquide, en partie coagulé. Les cavités gauches sont *exactement* vides, ainsi que le tronc aortique. La cavité des plèvres ne renferme qu'une très-petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent qui semble provenir des vaisseaux des parois divisés par le scalpel. — *Abdomen*. Les intestins sont distendus par des gaz; ils sont d'un noir foncé; mais on reconnaît aisément que cette coloration est due à l'engorgement des divisions veineuses les plus ténues. L'estomac est plein d'alimens, dont la masse déjà homogène exhale une odeur alcoholique assez forte. Il est difficile d'apprécier la couleur de la muqueuse; elle a d'ailleurs sa consistance normale. Le reste du tube digestif n'offre rien de particulier, Le foie et la rate sont engoués de sang. (*La Lancette française*, tom. II, n.° 80.)

OEnomanie; *par le docteur Lenz*. — Un corroyeur âgé de 40 ans, s'adonna par suite de chagrins domestiques, à l'usage immodéré de l'eau de-vie. Un jour, après un excès de boisson, il se réveilla, saisi d'une anxiété extrême, et de vomissemens continuels de bile et d'autres matières; cet accès fut suivi d'un tel dégoût pour l'eau-de-vie, que le malade résolut de se corriger. Cependant six mois après il ressentit une envie irrésistible de boire de l'eau-de-vie; il la satisfit jusqu'à satiété. Cet excès fut suivi, comme le précédent, d'anxiété, de vomissemens, puis de dégoût pour l'eau-de-vie. Depuis lors de semblables accès se reproduisirent régulièrement, d'abord de six en six mois, puis progressivement à des époques plus rapprochées; maintenant ils reviennent tous les trois mois. Chaque accès dure vingt-un jours; pendant le paroxysme le malade mange peu, est irascible et querelleur. Vers la fin de l'accès, le malade boit sans interruption jusqu'à ce qu'il tombe sans connaissance comme un apoplectique. Cet état se termine par des vomissemens suivis d'un état soporeux, duquel aucun excitant ne peut tirer le malade, et qui dure quelques jours, au bout desquels les facultés intellectuelles reparaissent successivement et spontanément. Le malade se trouve alors rétabli et reprend ses occupations habituelles. (*Rust's Magazin*, B. 29, H. 1, 1829.)

De la nature de la lésion organique des vertèbres, connue sous le nom de mal vertébral de Pott; *par le docteur Serres.* — Dans la plupart des traités de chirurgie, le mal de Pott est considéré comme consistant dans la carie des vertèbres. M. Delpech, dans son Traité des maladies chirurgicales, publié en 1816, et plusieurs disciples de ce professeur, dans leurs thèses inaugurales, ont cherché à démontrer que la maladie n'est autre chose qu'une dégénération tuberculeuse de ces os. M. Serres vient appuyer cette doctrine, à laquelle il se plaint que les chirurgiens de la capitale n'aient pas accordé toute l'attention qu'elle mérite. Il rapporte le cas d'un homme de 42 ans, qui, ayant succombé après avoir éprouvé les symptômes que tout le monde reconnaît pour ceux de la maladie dont nous parlons, présenta les altérations suivantes de la colonne vertébrale : on voyait, dit M. Serres, au-devant de la portion lombaire du rachis, un amas de tubercules, dont plusieurs commençaient à tomber en fonte. Le ligament vertébral commun antérieur avait disparu en grande partie, et les membranes qui enveloppent la moelle étaient rouges et ecchymosées, le corps de la troisième vertèbre détruit presque en entier, et le vide qui résultait de cette déperdition de substance, occupé par une matière granuleuse, pultacée, au sein de laquelle on trouvait encore quelques débris de tubercule à l'état de crudité. Une collection puriforme commençante longeait le côté droit de la colonne épinière, et baignait déjà la partie interne de la fosse iliaque. Ce fait n'est, suivant M. Serres, que la répétition d'une foule d'autres. En effet, dit ce médecin, dans le mal de Pott, les os ne sont ni gonflés, ni ramollis, ni cariés, comme on le dit généralement; ils ont été détruits en tout ou en partie par les tubercules; et les portions des vertèbres qui ont résisté à la destruction conservent jusqu'au dernier moment tous les caractères physiques et chimiques du système auquel elles appartiennent. Ce n'est pas quand les débris osseux sont baignés par le pus, le sang et la matière caseuse qui les couvre, qu'il convient de juger de leur état; il faut, durant un certain temps, les soumettre à la macération, les dépouiller des substances étrangères qui en dérobent la texture, et les examiner ensuite à loisir. On reconnaît alors que les os ont été seulement érodés, comme s'ils eussent été soumis à l'action de la gouge ou de la lime. (*Gazette médicale*, 22 janvier 1830.)

Thérapeutique.

Plaie de tête, application du trépan; *observ. recueillie par le docteur Schmædig.* — Un garçon, âgé de sept ans, fut frappé au côté gauche de la tête par l'aile d'un moulin à vent; il tomba sans connaissance et fut porté dans son lit, où il resta six jours sans se-

cours. Le 7, on le conduisit à la ville, par un chemin raboteux, long de deux lieues. M. Schmædig trouva sur le pariétal gauche une grosse tumeur élastique, au bord inférieur de laquelle on sentait un rebord osseux aigu. Les yeux étaient fixes, l'iris immobile, la face pâle, l'ouïe abolie, le pouls lent, dur et opprimé. On incisa la tumeur, et l'on donna issue par là à près de huit onces de sang qui était épanché entre le crâne et l'aponévrose occipito-frontale; on reconnut alors une fracture en étoile avec enfoncement. L'opération du trépan fut pratiquée; et comme la fracture était considérable, on fut obligé d'enlever presque la moitié du pariétal; beaucoup de sang extravasé s'écoula, principalement lorsqu'on eut pratiqué une petite incision aux méninges. Le traitement antiphlogistique et les fomentations froides amenèrent une amélioration notable au bout de huit jours. Après une nuit agitée, pendant laquelle le malade se plaignait de céphalalgie à gauche, on aperçut une tache livide et élevée sur la dure-mère; on l'incisa, et il s'écoula du sang sanieux. Une bonne suppuration ne tarda pas à s'établir, et le malade entra en convalescence. On appliqua une lame d'étain sur la partie dénudée des méninges; cinq ans après cette partie n'était pas encore complètement fermée. Dans ce cas, M. Sch. eut l'occasion d'observer que toutes les fois que le petit malade était méchant et grogneur, son pouls était petit et serré, et son cerveau contracté; lorsqu'au contraire l'enfant était gai, le pouls était grand, onduleux, et le cerveau se développait alors au point de faire saillie à travers l'ouverture du crâne. (*Graefe u. Walther's Journal*, B. 12, H. 3.

De l'emploi de la salicine dans le traitement des fièvres intermittentes. — *Par le docteur Miquel.* — Les lecteurs des *Archives* savent que la salicine est une substance qui a été découverte par M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, dans l'écorce du saule, *salix alba*. M. Miquel a été conduit, par d'assez nombreuses observations, à admettre que cette substance égalait en vertu fébrifuge le sulfate de quinine. Il publie neuf cas de maladie de cette espèce, dans huit desquels la guérison a eu lieu. Deux de ces cas sont du genre de ceux où l'on voit le seul repos et le régime de l'hôpital mettre fin à la maladie, et il est difficile de déterminer la part de succès qui revient à la salicine; quelques autres étaient des exemples de fièvres intermittentes des plus simples, et de celles qui cèdent le mieux au sulfate de quinine, et les accès n'ont cessé qu'après deux à cinq jours de l'emploi du fébrifuge. Dans l'observation suivante, au contraire, la salicine a eu un avantage marqué sur le médicament péruvien. Julie Cassanet, domestique, âgée de 23 ans, avait une fièvre intermittente quotidienne depuis trois mois, lorsqu'elle entra, le 20 août 1829, dans les salles de la Clinique. Chaque année, au

mois de juillet, depuis cinq ans, elle était sujette à une fièvre extrêmement rebelle. C'était à Vannes, pays humide et malsain, où cette maladie règne fréquemment, qu'elle en avait été atteinte les quatre années précédentes; on l'avait traitée par le quinquina. Voici quel était son état : Teint jaunâtre et blême, faiblesse, torpeur, digestions lentes, difficiles, flatuosités. Le ventre est volumineux, arrondi, nullement sensible à la pression; ses parois sont un peu œdémateuses, ainsi que la partie inférieure des jambes. La rate dépasse les fausses côtes, et est un peu sensible. Tous les soirs, à six heures, paroxysme fébrile durant plusieurs heures. Le sulfate de quinine fut commencé et continué jusqu'au 8 septembre sans aucun résultat; en vain on en avait porté la dose de neuf grains à dix-huit. Il fut discontinué dans l'espoir que, après un intervalle de quelques jours, son action se ferait sentir davantage : il n'en fut rien. Repris à petite dose le 14 septembre, il sembla d'abord diminuer un peu la fièvre; mais l'amélioration ne se confirma pas. On l'éleva rapidement de trois grains à vingt-cinq : on n'en eut pas plus d'avantage, même lorsqu'on lui associa un grain et demi d'opium par jour. Il semblait bien prouvé alors que ni l'opium ni le quinquina ne seraient d'aucune utilité dans le traitement de cette fièvre; on chercha donc à influencer fortement le système nerveux par un anti-spasmodique puissant. L'*assa fœtida* fut administré à la dose de trente grains d'abord, puis d'un gros, enfin de deux gros par jours; il ne produisit aucun résultat satisfaisant. Le 5 octobre au matin, la malade prit pour la première fois trente grains de salicine dans une potion gommeuse divisée en trois prises, à six heures de distance l'une de l'autre. Le soir, elle eut un accès égal en durée et en force à celui de la veille; il en fut de même le 6, le 7 et le 8. Le 9, il y eut une diminution notable dans la force et la durée de l'accès; le frisson fut presque nul. Le 10, l'accès fut extrêmement faible, et le 11 il manqua entièrement. Il en fut de même les jours suivans. La malade sortit le 18 octobre. M. Miquel la revit quelque temps après; son teint commençait à devenir meilleur, ses forces et son activité renaissaient. La fièvre n'avait pas reparu depuis l'emploi de la salicine. Cette observation paraît concluante en faveur du nouveau médicament; mais en voici une qui lui est moins favorable. Magdelaine Langot, repasseuse, âgée de 34 ans, avait eu, pendant trois mois de l'année 1828, une fièvre intermittente tierce, dont elle avait été guérie par le sulfate de quinine. Lorsqu'elle entra à l'hôpital de la Charité, le 7 octobre 1829, elle était atteinte depuis un mois d'une fièvre intermittente double tierce. Le 10 octobre, 20 grains de salicine furent administrés dans une potion gommeuse : le médicament fut continué le jour suivant à la même dose, et porté ensuite à 30 et 35 grains, sans aucun avantage. Le 17 octobre, il fut aban-

donné, parce que non-seulement il n'avait point supprimé la fièvre, mais parce qu'il paraissait en avoir aggravé les symptômes; l'accès du second jour, qui était auparavant très-peu prononcé, était devenu égal en force et en durée à ceux du premier et du troisième, de telle sorte que la fièvre, de double tierce qu'elle était, avait passé au type quotidien; de plus, elle tendait à devenir subintrante, lorsque le sulfate de quinine fut substitué le 17 octobre à la salicine. Dès-lors la fièvre se régularisa de nouveau : bientôt elle revint au type double tierce; mais le sulfate de quinine ne put parvenir à la supprimer. Ce médicament, commencé à la dose de 9 grains, fut porté à 15 grains le 21, et à 18 le 25; on lui associa ensuite l'opium à la dose d'un grain et de deux grains. Malgré tout cela, il n'y eut que des améliorations passagères, la fièvre continua. On avait suspendu toute espèce de médicament depuis quelque temps, lorsque la malade, ayant toujours la fièvre, voulut absolument sortir de l'hôpital. Parmi les remarques qui terminent l'article de M. Miquel, nous noterons les suivantes : la salicine doit être prescrite à beaucoup plus haute dose que le sulfate de quinine. On pourra commencer par 18 et 20 grains le premier jour, et l'élever ensuite à 30, 40 et même 50 grains, sans crainte d'accidens. A quelque dose qu'on l'ait administrée, elle n'a pas donné lieu à ces chaleurs d'estomac, que produisent parfois quelques grains seulement de sulfate de quinine. Cette propriété moins excitante la fera préférer chez les sujets faibles et à estomac irritable. (*Gazette médicale*, t. I, n.° 1.)

De l'emploi du charbon animal dans les engorgemens glandulaires; *par le docteur Kuhn.* — Le charbon animal, dont le docteur Weise découvrit les propriétés, qu'ont depuis constatées les observations des docteurs Gumpert et Wagner, doit être préparé de la manière suivante : on prend deux parties de viande de bœuf ou de mouton, et une partie d'os; la viande doit être dépouillée de toute la graisse; on réduit le tout en petits morceaux, qu'on soumet à la torréfaction, dans un tambour à café. On fait griller à un feu modéré, et lorsqu'il se montre une petite flamme autour de la machine, on continue encore l'opération pendant un quart d'heure environ; si l'on attendait que la flamme eût disparu, on n'obtiendrait qu'un charbon dépouillé de toutes propriétés médicales. Après le refroidissement, on pulvérise la masse charbonnée, et on la conserve pour l'usage. On mêle six parties de cette poudre avec une partie de sucre, et on en fait prendre matin et soir gros comme un pois, que le malade avale avec un peu d'eau. Le charbon animal agit puissamment sur l'utérus : aussi faut-il se garder de l'administrer aux femmes pendant qu'elles sont en état de grossesse. Il produit des sueurs et des éruptions à la face; lorsque son emploi provoque des sueurs noc-

turnes, il faut en diminer la dose. Chez les personnes bien portantes, il occasionne des engorgemens douloureux dans les glandes mammaires, et produit le gonflement des parotides. Mais ces symptômes se dissipent d'eux-mêmes, et par le seul fait de la suspension du médicament. C'est tout l'opposé chez les personnes affectées d'engorgemens de la glande mammaire. Le charbon animal résout l'engorgement, amène l'atrophie des seins, opère, en un mot, les mêmes effets que l'iode. Le charbon animal a, sur ce dernier médicament et sur le mercure, l'avantage précieux de jouir des mêmes propriétés fondantes, sans porter à l'économie une atteinte aussi profonde que ces deux médicamens. M. Kuhn fait la remarque que les vertus depuis long-temps reconnues à l'éponge calcinée, cette substance les doit moins à la présence douteuse ou à peine apercevable de l'iode, qu'à sa qualité de charbon animal. (*La Clinique*, 20 janvier 1830.)

HÉMORRHAGIE PROVENANT D'UNE ULCÉRATION DU PHARYNX; LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE; *obs. de M. Herbert Mayo.* — John Web, âgé de 23 ans, fut admis à l'hôpital de Middlesex, le 18 octobre dernier dans la soirée. Ceux qui l'avaient amené disaient qu'il avait été pris subitement d'un écoulement abondant de sang, qui paraissait provenir d'un ulcère qu'il avait au fond de la gorge; mais au moment de son entrée à l'hôpital, l'hémorrhagie était arrêtée et rien ne paraissait devoir faire craindre qu'elle reparût immédiatement. Cependant le lendemain matin, vers 9 heures, elle se renouvella plus forte que la veille, et en quelques minutes le malade perdit environ deux livres de sang (*twoquarts*). Le chirurgien de garde se hâta de comprimer l'artère carotide correspondante et l'écoulement du sang s'arrêta. Averti du cas qui se présentait, M. Mayo se rendit en toute hâte à l'hôpital, et trouva le malheureux dans un état de faiblesse extrême, pâle et presque exsangue. « En examinant le fond de la bouche, dit M. Mayo, j'apperçus un caillot inégal, adhérent au côté droit du pharynx; l'amygdale du côté opposé et les parties circonvoisines n'offraient aucune altération. Je résolus à l'instant de lier l'artère carotide primitive droite, vers la région moyenne du cou, et j'y procédai immédiatement. Il s'écoula à peine une goutte de sang pendant toute l'opération qui ne présenta aucune circonstance remarquable; seulement les pulsations de l'artère mise à nu étaient extrêmement faibles, et la veine jugulaire interne était applatie et dans un état de collapsus. Après l'opération, il y eut plusieurs syncopes très-alarmantes; mais sous l'influence d'une petite quantité d'eau-de-vie et d'esprit aromatique d'ammoniaque étendu d'eau, qu'on lui fit prendre, avec une petite quantité de bouillon épicé et très-fort, il se ranima peu-à-peu. Quelques minutes après l'application de la ligature, je demandai au malade s'il voyait également bien des deux yeux; il les ferma alterna-

tivement pour savoir ce qu'il en était, et remarqua que la vision du côté droit était trouble et imparfaite, tandis qu'elle n'avait subi aucune modification du côté opposé. J'observai en outre que les pulsations de l'artère temporale droite ne se faisaient plus sentir. Dans l'après-midi la vision de l'œil droit reprit sa netteté ordinaire et les battemens reparurent dans l'artère faciale, quoiqu'avec moins de force que de l'autre côté. Le malade se plaignait alors de ressentir des pulsations très-violentes dans tout le côté gauche de la face. Il sommeilla beaucoup pendant le reste du jour et dormit très-tranquillement la nuit suivante. »

Ce qu'on apprit du malade sur son état antérieur se borna à bien peu de choses. Il dit que depuis quatre mois il avait mal à la gorge; que deux mois environ avant l'accident, il lui était survenu des taches sur la poitrine et sur les jambes; qu'on lui fit prendre, pendant trois semaines, des pilules pour combattre cette affection, et que, au bout de quinze jours, la bouche s'affecta; que, pendant ce traitement, les taches de la poitrine disparurent; que, pendant les six dernières semaines, il n'avait fait usage d'aucun médicament, à l'exception d'un gargarisme; qu'il croyait que la gorge allait de mieux en mieux, et qu'enfin il avait eu une blennorrhagie un an auparavant; mais qu'il n'avait pas eu de chancres.

Le 20 octobre, le lendemain de l'opération, l'arrière-bouche était dans l'état suivant : le bord droit de la luette et du voile du palais étaient ulcérés; la tonsille du même côté était entièrement détruite, de même que le bord postérieur du palais, tout le côté droit et la majeure partie de la surface postérieure du pharynx offraient des ulcérations, et étaient couverts d'une sécrétion purulente, visqueuse et ténace; enfin, un lambeau d'escarre d'une couleur grise-cendrée était adhérent à un point de la surface ulcérée. (*Prescription : Décoction de kina aiguisée avec acide sulfurique, gout.* viij, *trois fois par jour; gargarisme composé d'eau distillée* ℔ j, *chlorure de chaux gr.* xv.) Les forces du malade se rétablirent graduellement; mais l'état du pharynx n'éprouva aucun changement jusqu'au onzième jour, époque à laquelle le gargarisme fut remplacé par quelques fumigations de l'arrière-bouche, faites avec un scrupule de cinnabre pour chaque. Le lendemain, toute la surface ulcérée était couverte de bourgeons charnus d'une belle couleur. La ligature de l'artère tomba le 3 novembre, 15.ᵉ jour après son application. L'ulcération commençait à se cicatriser. Le 16, la guérison était parfaite du côté droit du pharynx et du palais; ce qui restait d'ulcération était situé vers le milieu de la face postérieure du pharynx; son étendue était d'un pouce de long sur un demi-pouce de large; sa couleur était jaune, et dans un point cette altération paraissait très-profonde.

(*Prescription : Chaque soir une pilule mercurielle de gr. vij, avec addition d'Extrait de jusquiame gr. iij. Poudre pour appliquer sur l'ulcère composée comme il suit : ♃ Proto-chlorure de mercure et camphre ana ʒ j, craie préparée ℥ ij ; D. une petite pincée chaque jour.*) Le 22, l'ulcération marche rapidement vers la cicatrisation, et quelques jours après la guérison est complète.

« Jusqu'à ce que l'aspect de l'ulcère devînt favorable, , continue M. Mayo, j'éprouvai les craintes les plus vives de voir se renouveler l'hémorrhagie, et je regrettais de n'avoir pas lié séparément, près de leur origine, les artères carotides interne et externe, au lieu de leur tronc commun. En effet, cette opération, à laquelle je ne manquerai certainement pas de recourir s'il se présente quelque cas semblable, doit bien sûrement s'opposer au retour de l'hémorrhagie, parce qu'elle empêcherait, non-seulement l'afflux direct du sang dans le vaisseau déchiré, mais encore le rétablissement de son cours par les principales anastomoses. Je pense que l'hémorrhagie, dans le cas que je viens de rapporter, était fournie par une branche de l'artère carotide externe, et plus spécialement par l'artère linguale. Les raisons sur lesquelles je fonde cette opinion sont les suivantes : 1.° Le malade assure que la douleur qu'il avait éprouvée dans l'arrière-bouche lui paraissait située profondément, vers l'angle de la mâchoire, position de l'artère linguale, qui, du côté de la gorge, est très-superficielle dans cet endroit; 2.° dans un cas à-peu-près semblable, observé par le docteur Watson, et publié dans le troisième volume de la *Medical gazette*, page 157, on trouva que c'était bien l'artère linguale qui avait donné lieu à l'écoulement du sang qui causa la mort du malade en remplissant brusquement le larynx et la trachée-artère. »

La pièce anatomique dont M. Mayo vient de parler est conservée au Muséum anatomique de *Great Windmill street*. Il l'a examinée avec soin, et l'a fait représenter par une gravure sur bois, au trait, qui fait voir parfaitement la manière dont l'artère s'ouvrait dans la cavité de l'abcès, et comment a eu lieu l'hémorrhagie. (*The London med. and phys. Journal*; décembre 1829.)

Iléus guéri par l'administration du mercure coulant ; *par le docteur Ebers*. — M.me B., âgée de 44 ans, était depuis quelques années fréquemment affectée de coliques qu'elle appaisait ordinairement par des spiritueux. Le 19 septembre, la malade n'ayant pas eu ses règles depuis six semaines, les coliques se manifestèrent de nouveau accompagnées de constipation. Elles augmentèrent progressivement et furent atroces le 21. Le docteur E. fut appelé ce jour là. La malade avait alors des douleurs violentes qui s'exaspéraient par intervalles, et avaient leur siège principal entre le nombril, la crête

iliaque droite et le rebord des fausses côtes; la pression n'augmentait pas beaucoup les douleurs; il y avait peu de fièvre, le pouls était petit et dur; la langue nette, la respiration anxieuse, les urines peu copieuses; point de selle depuis le 19. La malade vomissait tout ce qu'elle prenait; il n'existait aucune trace de hernie. Considérant la maladie comme une colique inflammatoire, le docteur E. prescrivit les émissions sanguines générales et locales, des laxatifs unis à des antispasmodiques, des embrocations huileuses et des fomentations chaudes sur le bas-ventre, des lavemens émolliens. L'état de la malade empira; le lendemain elle vomit des fèces ainsi que des matières ayant l'apparence de chocolat. On prescrivit alors dix gouttes de laudanum et l'huile de croton à l'intérieur et à l'extérieur; on continua en outre l'usage des fomentations et des lavemens. Ces moyens ne produisant aucun amendement, on administra dans la matinée du 23, une once et demie de mercure coulant avec dix gouttes de laudanum; en même temps on fit prendre de l'huile de ricin en émulsion et des lavemens huileux. La malade n'ayant eu aucune selle à midi, prit de nouveau deux onces de mercure. A deux heures, des symptômes inflammatoires s'étant manifestés, on fit une saignée. A cinq heures, aucun changement; les lavemens avaient entraîné quelques matières fécales; un léger gargouillement fut entendu dans les intestins. On prescrivit une solution d'extrait d'aloës et de jusquiame. A dix heures, même état; la malade prend trois onces de mercure avec dix gouttes de laudanum, et continue l'usage de la potion précédente Enfin le 24, à quatre heures du matin, des déjections alvines copieuses procurèrent un soulagement immédiat; elles étaient composées de matières fécales et de beaucoup d'huile, qui provenait des lavemens. L'abdomen devint mou, peu douloureux, le pouls presque naturel, la peau chaude et humide. La malade recouvra le sommeil et se rétablit peu-à-peu. Pendant les premiers jours jusqu'au 27, les déjections alvines contenaient encore des matières fécales endurcies, et ce n'est que lorsque celles-ci furent remplacées par la diarrhée, qu'on trouva du mercure coulant dans les fèces. (*Hufeland's Journal*, 1829, mai.)

Hydropisie de l'ovaire guérie par l'opération; *par le professeur Galenzowski.* — Une veuve âgée de 27 ans, d'une constitution scrofuleuse, mais qui n'avait jamais été malade, s'exposa à l'air froid le corps étant en sueur, et fut affectée aussitôt de strangurie et de fièvre suivie d'une grande prostration. Peu de temps après une tumeur se développa dans la région hypogastrique droite; cette tumeur était mobile, indolente, et acquit dans l'espace de deux ans un volume tel, que la malade paraissait être au septième mois de la grossesse. La menstruation et les autres fonctions n'étaient nullement

troublées; le vagin et l'utérus ne présentaient rien d'anormal, à l'exception d'un léger écoulement blanchâtre. Le prof. Galenzowski reconnut l'existence d'une dégénérescence squirrheuse de l'ovaire, compliquée probablement d'hydropisie. L'opération ayant été proposée et acceptée, on pratiqua sur la ligne blanche une incision de cinq pouces qui commençait au-dessus de l'ombilic ; aussitôt une partie des intestins et de l'épiploon sortit par la plaie ; on découvrit alors l'ovaire droit dégénéré, dont la surface était blanche, dure, inégale, granuleuse, et qui était recouvert d'une membrane fibro-cartilagineuse réticulaire. La tumeur étant adhérente dans toute sa largeur à la paroi postérieure de la cavité abdominale, on dut renoncer à son extirpation complète ; M. G. se borna à inciser largement la tumeur, qui était celluleuse intérieurement, et laissa s'écouler environ trois livres d'un liquide épais, jaunâtre, ressemblant à de la téréhenthine. Une des parois du kyste fut traversée par un fil dont les deux bouts furent maintenus dans la plaie, afin de rapprocher le kyste de celle-ci ; on replaça les intestins, et on ferma la plaie au moyen de quatre points de suture et autant de bandelettes agglutinatives. Par l'extrémité inférieure de la plaie, on introduisit un bourdonnet de charpie imbibé d'huile, jusque dans l'intérieur du kyste ; par là on donna issue plus tard à plusieurs livres d'un liquide aqueux, et trois fois à des portions considérables du kyste. Le traitement général fut d'abord antiphlogistique, puis tonique. Le 70.e jour, la malade sortit de l'hôpital, ne conservant plus qu'une petite ouverture fistuleuse par laquelle s'écoulait un peu de pus. (*Graefe u. Walther's Journal*, B. 12, H. 4.)

Accouchemens.

Rupture du col de l'utérus et du vagin pendant le travail de l'accouchement, passage du fœtus dans le ventre de la mère. — *Obs. par le docteur Haime, de Tours.* — La femme Déhan, âgée de vingt-huit ans, d'une forte stature et d'un tempérament lymphatique, fermière *à la Violliere*, commune de Rouziers, à quatre lieues de Tours, avait déjà accouché deux fois très-heureusement, bien que le premier travail eût duré soixante heures. Enceinte pour la troisième fois, sa grossesse n'avait présenté rien d'insolite, si ce n'est que, vers le milieu, elle fut prise d'une fièvre intermittente à laquelle elle n'opposa aucune médication, et dont elle eut plusieurs récidives qui finirent par amener de la lenteur dans les fonctions, la décoloration des tissus, de la bouffissure à la face et de l'œdème aux membres abdominaux. Le 18 février 1828, ayant senti les premières douleurs de l'enfantement, elle fit appeler, vers six heures du soir, une sage femme, qui reconnut que l'enfant se présentait dans la se-

conde position de la tête. Le travail ne fit pas de progrès sensibles jusqu'à huit heures du soir du lendemain 19; mais dès ce moment il augmenta manifestement, et la sage-femme annonça que l'accouchement allait se faire : les douleurs persistèrent et s'accrurent encore jusqu'à minuit. Alors on commença à percevoir un écoulement de mucosités sanguinolentes, accompagné de malaises inexprimables et d'un refroidissement très-marqué des extrémités; le pouls était petit, concentré. Tout-à-coup, vers cinq heures du matin, la malade éprouva une violente douleur tout-à-fait différente des douleurs ordinaires, qui lui arracha un cri, et qui fut immédiatement suivie d'un affaissement général et de la cessation absolue des contractions utérines. Les traits du visage s'altérèrent, les angoisses augmentèrent, l'abdomen devint très-sensible au toucher, des nausées fatiguantes et des vomissemens de matières bilieuses se manifestèrent, et, lorsque la malade prenait une position verticale, il s'écoulait par la vulve une plus grande quantité de sang et de sérosité. Sur ces entrefaites, on manda MM. Brault père et fils, chirurgiens à Beaumont-la-Ronce, gros bourg distant d'une lieue et demie environ du domicile de la malade; mais ne s'étant pas trouvés chez eux, ils ne purent se rendre auprès d'elle que dans l'après-midi. Les signes commémoratifs, les symptômes actuels, le calme perfide qui succédait à un travail actif; de plus, la présence d'une tumeur inégale, déjetée à gauche, et laquelle, palpée, permettait de distinguer un corps volumineux à travers les parois de l'abdomen, sans que rien d'intermédiaire parût interposé; enfin, le toucher, au moyen duquel la main, en glissant à côté de la tête du fœtus, n'éprouvait qu'un léger obstacle à pénétrer dans la cavité abdominale jusqu'à la région sacro-iliaque, qu'elle sentait distinctement à nu; tous ces signes réunis convainquirent ces deux praticiens qu'il s'était effectué une rupture du vagin, et que le fœtus avait passé en grande partie dans l'abdomen. Les symptômes alarmans dont il a été parlé ne firent que s'aggraver, le pouls donnait plus de cent pulsations par minute; la malade, en proie à d'affreuses angoisses, accusait surtout une douleur très-vive partant de la région iliaque gauche, se faisant plus particulièrement ressentir à l'épaule du même côté, et qui semblait lui faire oublier tout le reste. Dans une conjoncture aussi critique, MM. Brault demandèrent un troisième homme de l'art, et je me hâtai de me rendre sur les lieux, dans la nuit du 20 au 21. Quelque diligence que je fisse, je ne pus arriver qu'à une heure du matin. Après avoir recueilli les renseignemens que je viens de faire connaître, et m'être assuré par moi-même de la nature de l'accident, nous délibérâmes quelques instans sur les moyens de salut que l'art mettait à notre disposition, et nous convînmes qu'il était urgent de terminer promptement l'accouche-

ment, à l'aide du forceps appliqué sur la tête. Toutefois, ne pouvant nous dissimuler l'imminence du danger que courait la malade, et la presque certitude qu'elle ne survivrait pas aux manœuvres indispensables pour cette opération et pour l'extraction du placenta, tant l'affaiblissement était extrême, nous crûmes devoir déclarer au mari et aux assistans que si, malgré une trop faible chance de succès, nous cédions à une impérieuse nécessité, commandée par nos devoirs, c'était autant pour ne pas rester spectateurs insensibles d'une scène aussi affligeante, que dans l'espérance de retarder, ne fût-ce que de quelques heures, une fâcheuse et inévitable terminaison. D'après un semblable aveu, les parens, qui avaient de graves intérêts de famille à régler, manifestèrent, ainsi que la malade elle-même, l'intention bien formelle qu'on s'occupât avant tout de son testament, et l'on envoya chercher en toute hâte le notaire du lieu, en même temps que le desservant de la paroisse. Le premier ne se fit pas long-temps attendre, et cependant la malade avait à peine exprimé d'une voix presque éteinte ses dernières volontés, qu'elle rendit le dernier soupir. Aussitôt que nous eûmes l'entière certitude de la mort, nous fîmes l'ouverture du ventre, et nous trouvâmes en contact avec les viscères abdominaux un fœtus du sexe féminin, à terme, et dont la tête seulement était encore retenue entre les lèvres de la déchirure qui s'était opérée au vagin et au col de la matrice. Les pieds appuyaient sur l'estomac et le foie de la mère, et les fesses et les lombes occupaient la région iliaque gauche. Ce fœtus offrait des vices de conformation remarquables. La tête était très-volumineuse; il était non-seulement affecté d'hydrocéphale, mais il avait encore un *spina-bifida* de la portion lombaire de la colonne vertébrale. Cette colonne était, de plus, fortement courbée en avant, le thorax bombé dans la même direction, enfin les membres étaient contournés d'une manière tout-à-fait défectueuse. Ayant extrait l'enfant et le placenta, nous enlevâmes l'utérus et tout ce que nous pûmes ôter de ses annexes, ainsi que du vagin, afin de conserver autant que possible, dans leurs rapports respectifs, les parties lésées. L'examen montra que le col de l'utérus était déchiré à sa partie inférieure, postérieure et latérale gauche, et que cette déchirure intéressait toute la partie correspondante du vagin dans une grande étendue. L'utérus était contracté et revenu sur lui-même. (*Journ. gén. de Méd.*, décembre 1829.)

Addition à l'observation précédente, par M. Dézeimeris. — Quoique nos traités classiques d'accouchemens se taisent sur la possibilité du passage du fœtus dans la cavité abdominale à travers une rupture du vagin, les cas du genre de celui qu'on vient de lire ne sont pas extrêmement rares. Dans un mémoire que je fis insérer, en 1827, dans les *Archives*, sous le pseudonyme Desgranges, j'en rapportai

un certain nombre; mes recherches m'en ont depuis fait rencontrer plusieurs autres qui formeront la base d'un travail dans lequel j'essayerai d'approfondir quelques points non encore fixés de la pathologie et de la thérapeutique de cet accident redoutable. Non-seulement ce sujet n'a pas encore été suffisamment étudié, mais même ce qu'on en sait n'est pas assez généralement connu de tous les médecins. Je n'en voudrais pour preuve qu'une observation publiée l'an passé dans les *Annales de la médecine physiologique*, par un chirurgien renommé de la Faculté de Cadix. Il est de toute évidence que M. Gaspard de Flores Moréno avait pris pour une grossesse extra-utérine un cas du genre de ceux dont nous parlons. Ce qu'il y a de vraiment surprenant, c'est que M. Moréno ait conservé cette opinion sur la nature de la maladie, même après l'autopsie; et ce qui ne l'est pas moins, c'est que M. Capuron, en rendant compte de cette observation, ait cru devoir vanter sa sagacité, tandis que le chirurgien espagnol était convaincu d'ignorance par une sage-femme, M.me Leprince, dont la note est insérée au tome XIX de ce journal. Au reste, la méprise que je viens de citer n'est ni la seule, ni la première de son espèce. En voici un exemple qui lui est antérieur de plus de cent vingt ans, et qui lui ressemble, jusques dans les détails, d'une manière frappante. Je le tire d'un ouvrage où peu de personnes, sans doute, songeraient à l'aller chercher. (*Nouvelles observations anatomiques sur les os, etc.*, par Jean Joseph Courtial. Paris, 1705, in-12, page 171, Obs. X. *Enfant trouvé hors de la matrice.*) Un chirurgien de cette ville (Toulouse) fut appelé pour faire l'opération césarienne à une femme enceinte qui venait d'expirer. Il fit son incision vers le côté droit, qui lui parut l'endroit le plus élevé de l'abdomen, et ayant trouvé la matrice, il l'ouvrit. Elle était grande, squirrhouse, et épaisse de quatre travers de doigt, sa cavité était très-petite, remplie de quelque sang noirâtre et grumelé, et n'y trouva point de fœtus. Comme les parens assuraient que la femme était enceinte, il ouvrit tout l'abdomen, et fut fort surpris lorsqu'il vit vers le côté gauche, sous l'épiploon, un enfant parfait : comme il fut frappé par cette nouveauté, il envoya à l'Ecole de Médecine, où je faisais alors leçon, pour me prier de le venir joindre. Je ne fus pas plutôt arrivé, qu'il m'exposa le fait. Alors, mettant moi-même la main à l'œuvre, j'examinai la situation de cet enfant. Il était couché la tête en bas le long de l'épine du côté gauche, occupant les trois régions du bas-ventre, ayant ses pieds sous l'estomac et le colon, et le reste du corps recouvert de l'épiploon. Il avait son cordon autour du col, et il était sorti de ses enveloppes. Je coupai le cordon, et je retirai cet enfant du ventre de sa mère, où il était mort depuis peu de temps. Je remarquai qu'il s'était fait comme un gîte ou un enfoncement depuis le

milieu du dessous de l'estomac jusqu'à demi-pied au-delà du rein gauche, ayant poussé vers le côté droit les intestins grêles qui flottent dans le milieu du ventre. Il était mâle, parfaitement bien formé, bien nourri, et dans toute la maturité d'un enfant de neuf mois. Ensuite je suivis le cordon, que j'avais laissé dans le ventre de cette femme, et je trouvai l'arrière-faix de l'enfant composé des membranes et du placenta. Je le vis attaché sous l'estomac et le colon aux vaisseaux gastro-épiploïques : mais comme je voulus examiner cette jonction, il se sépara d'abord. Il est vrai que je remarquai en la circonférence de l'union du placenta quelques humidités gluantes, et les vaisseaux sanguinaires plus dilatés et plus remplis qu'ils ne le sont d'ordinaire en ce lieu : mais je ne pus observer d'inégalité considérable ni fort sensible dans la superficie du dessous de l'estomac, qui avait un peu épaissi à l'endroit où le placenta paraissait avoir été collé. Je crus que cet enfant s'était échappé de la matrice ou de ses trompes, et je m'attachai à découvrir d'où il était sorti. J'examinai la matrice dans toute sa superficie externe, et je la trouvai partout fort unie, sa cavité le fut de même, les trompes dans l'état naturel et les testicules aussi, etc.

Tout en considérant ce fait comme un exemple de grossesse extra-utérine, Courtial reconnaissait bien qu'il présentait des particularités fort extraordinaires. Cet accident est rare et surprenant, dit-il, je ne sais même si l'on a jamais ouï dire rien de semblable. Il est vrai qu'on a trouvé des enfans hors de la matrice dans le bas-ventre, mais non pas dans toutes les circonstances de celui-ci, qui était un enfant de neuf mois, et qui paraissait n'avoir jamais été dans la matrice ni dans les trompes. Mais la raison péremptoire, suivant Courtial, que l'enfant s'était développé hors de la matrice, c'est que s'il eut jamais été dedans il n'aurait pu en sortir, puisque les parois de ce viscère ni les trompes n'offraient aucune déchirure. L'anatomiste toulousain ne songea pas plus que M. Gaspard de Flores Moréno qu'un fœtus peut passer, à travers une perforation du vagin, de l'utérus dans le ventre de sa mère. C'est pourtant ce qui avait eu lieu dans les deux cas, et M.me Leprince l'a établi si solidement à l'égard du dernier, que je crois pouvoir me borner à renvoyer le lecteur à son mémoire; ses réflexions s'appliquent parfaitement au fait que je viens de rapporter. (Voy. *Archives de Médecine*, tome XIX, page 300).

Décollement du placenta par l'injection d'eau acidulée dans le cordon. — *Par le docteur Chiesa, chirurgien-accoucheur à Milan.* — M.me N. N., âgée de 28 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, sujette, dans ses grossesses antérieures et aux époques menstruelles, à des pertes abondantes, ainsi qu'à une métrite chronique, qu'un traitement convenable avait beaucoup améliorée, devint enceinte pour la quatrième fois.

Les accidens antérieurs qui avaient existé à chaque grossesse et après chaque accouchement donnaient de justes inquiétudes sur le nouvel état de M.me N. Au neuvième mois, elle accoucha heureusement, après un travail de dix heures. L'enfant était expulsé depui dix minutes, lorsque tous les symptômes d'une perte abondante se déclarent. On tenta aussitôt la délivrance, mais toutes les manœuvres pour détacher le placenta furent inutiles. La malade perdait ses forces, et le sang continuait de couler avec force par le vagin, malgré des applications réfrigérantes et des frictions excitantes. Dans cette occurence, le docteur Chiesa songea à l'injection d'eau acidulée par le cordon ombilical. Il exprima tout le sang qu'il contenait, et fit une première injection, qu'il maintint deux minutes en serrant fortement l'extrémité du cordon. Après avoir fait sortir ce qui restait du liquide injecté dans le cordon, il y poussa une seconde injection : presque immédiatement après, les contractions utérines se réveillèrent, et le placenta fut expulsé sans aucun accident. La malade fut maintenue en repos dans son lit; l'hémorrhagie s'était arrêtée aussitôt après la délivrance; mais pour la prévenir, une saignée fut pratiquée. Le douzième jour, une légère perte se manifesta, et le repos suffit pour l'arrêter. Elle se renouvela encore momentanément le dix-septième jour, et depuis la convalescence s'effectua sans entraves. Ce fait prouve que le procédé du docteur Mojon est également efficace lors même qu'on a sujet de soupçonner quelque altération de l'utérus antérieure à l'accouchement. (*Annali univ. di med.*; juillet 1829.)

Pharmacologie, Toxicologie.

De l'usage de fumer l'opium; *par le doct. Botta.*— Les malais, les chinois, et en général tous les peuples de l'Inde, au lieu d'avaler l'opium, le fument à peu près comme le tabac. Mais cette substance est préalablement soumise à la préparation suivante : on prend une certaine quantité d'opium qu'on fait dissoudre dans son poids d'eau environ. On le fait bouillir continuellement dans un poëlon de terre ou de cuivre jusqu'à ce qu'il se dessèche complètement et se réduise en une poussière, qu'on agite sans cesse sur le feu de manière à la torréfier un peu en évitant de la carboniser tout-à-fait; on ajoute ensuite une nouvelle quantité d'eau pour redissoudre l'opium, puis on le passe, soit à travers un linge, soit à travers un papier brouillard, en ayant soin de laver à plusieurs reprises le résidu pour extraire toutes les parties solubles. On fait ensuite évaporer les colatures obtenues jusqu'à la consistance d'un extrait un peu mou, analogue à la mélasse. L'extrait ainsi obtenu pèse ordinairement entre le tiers et la moitié de l'opium brut employé; mais cela varie beaucoup suivant

le degré de pureté de cette substance. Pour le conserver on le renferme dans des petites boîtes de corne ou d'ivoire que les chinois recommandent de tenir sous l'eau. Cet extrait conserve toute l'amertume de l'opium, mais il a perdu complètement cette odeur vireuse et nauséabonde qui le caractérise lorsqu'il est brut; son odeur est, au contraire, douce et suave. D'après quelques essais comparatifs, le docteur Botta croit qu'un grain de cet extrait équivaut, pour son action, à deux grains d'opium brut sans causer autant d'agitation et de narcotisme. Pendant sa préparation, il se dégage beaucoup de vapeurs d'une odeur forte dont il faut se garantir, car en les respirant elles causent des nausées, des étourdissemens et un narcotisme qui peut durer un ou deux jours. On doit donc préparer cet extrait en plein air ou dans un lieu très-aéré.

Les chinois fument cet extrait d'opium sans le mêler au tabac, comme le disent quelques voyageurs. La pipe qui sert à cet usage consiste en un tuyau formé d'une portion de bambou comprise entre deux articulations. L'une des extrémités est ouverte, et l'autre est naturellement fermée par l'articulation. Près de cette dernière extrémité est une ouverture latérale garnie d'une monture en cuivre ou en argent, à laquelle on adapte une espèce de pipe en forme de boule ou d'urne creuse percée à son sommet d'un très-petit trou. Pour fumer avec cet instrument, il faut avoir une petite lampe à mèche très-fine afin de produire une flamme peu considérable, et se servir d'huile douce pour ne pas en sentir le goût en fumant. On peut employer avec le même succès la flamme d'une bougie. On prend une goutte d'extrait d'opium au bout d'une longue aiguille en fer, on fait sécher cette goutte au-dessus de la flamme de la lampe, en ayant soin de rouler continuellement l'aiguille entre les doigts pour que la goutte à moitié liquide ne tombe pas. Il ne faut pas non plus trop approcher l'opium de la flamme, car sans cette précaution il s'enflamme, se charbonne, et la fumée devient piquante et irritante pour la gorge et la poitrine. Quand il est suffisamment sec, on l'applique sur l'endroit de la pipe où se trouve la petite ouverture, puis on l'approche de la flamme de la lampe, et on aspire fortement par l'autre extrémité du bambou. La flamme passe à travers l'opium, le brûle, et la fumée vient dans la bouche. Pour qu'elle produise tout son effet il faut l'avaler en partie, la garder le plus long-temps possible et la rendre par le nez. Cette fumée n'a rien de l'âcreté de celle du tabac; quand l'extrait est bien fait, la saveur de cette fumée est assez semblable à celle des noisettes. Son odeur est suave et très-douce, mais elle porte un peu à la tête quand on n'y est pas habitué. Du reste, elle ne laisse dans la bouche ni mauvais goût ni odeur désagréable. Chaque goutte d'extrait d'opium ne dure que le

temps d'une aspiration. La quantité qu'on en peut fumer varie beaucoup selon la susceptibilité des individus et l'habitude. Deux grains d'extrait, c'est-à-dire deux gouttes, fumées en deux aspirations, produisent, pour la première fois, chez tel individu un effet marqué, tandis que tel autre débute en en fumant douze grains sans éprouver aucun effet appréciable. On arrive ainsi graduellement à en fumer une vingtaine dans une soirée. Les Chinois en fument rarement davantage, mais ils recommencent plusieurs fois dans la journée, avant ou après les repas.

L'opium employé de cette manière produit des effets qu'on peut distinguer en primitifs et consécutifs. Ainsi, les individus qui viennent de fumer quelques grains d'opium offrent généralement les phénomènes suivans : langueur et faiblesse du système musculaire, paupières demi-closes, tremblement léger des mains, impossibilité de serrer quelqu'objet avec force, démarche chancelante dans le commencement, nulle apparence de vertiges, diminution de la fréquence du pouls qui devient un peu irrégulier, mais ni plus plein ni plus fort, respiration un peu haletante, parole brève et entre-coupée, pupilles sans contraction ni dilatation remarquable, et conservant sa contractilité ordinaire ; bientôt, irritation cérébrale annoncée par l'exaltation des idées, sans céphalalgie ni trouble de la raison, gaîté tranquille, sentiment de bien être physique que ceux même qui l'éprouvent expriment difficilement, sensations agréables dans la région épigastrique quand on a avalé la fumée, en l'aspirant; légère chaleur de la peau, démangeaisons plus ou moins vives à la figure, sur diverses parties du corps, spécialement aux ailes du nez et au scrotum. Une ou deux heures après avoir cessé de fumer l'opium, les sensations deviennent obtuses, somnolence, rêvasseries, sécheresse de la bouche, soif, nausées, vomissemens, nulle excitation vénérienne, et même abolition de désirs vénériens. Si l'on a fumé l'opium trop tôt après le repas, légère difficulté d'uriner due à la faiblesse des contractions de la vessie, nuls changemens dans la quantité et les caractères de l'urine. A ces divers phénomènes succède un sommeil profond. Quant aux effets consécutifs résultant de l'usage habituel de fumer l'opium, le docteur Botta a appris de tous les chinois qu'il a interrogés à cet égard, que ceux qui s'adonnent d'une manière immodérée à ce plaisir deviennent à la longue pâles, maigres, chétifs, souvent impuissans ; en un mot, ils présentent les mêmes changemens que ceux qu'on a observés chez les mêmes individus qui font usage de l'opium en le mangeant. Mais ces effets se développent beaucoup plus tardivement après l'usage de l'opium fumé ; en outre, on voit que cette substance, administrée de la sorte, donne toujours lieu à des symptômes toujours bien moins violens que lorsqu'elle est ingérée en substance. Ainsi

il n'y a ni hallucinations, ni vertiges, ni convulsions, et pas même de constipation, comme il est fréquent de l'observer après l'emploi ordinaire de l'opium ; nul trouble des fonctions digestives, ni coliques, ni douleur d'estomac, ni perte d'appétit.

De l'observation de ces effets de l'opium fumé, docteur Botta conclut que ce mode d'administration pourrait être avantageux dans le traitement de certaines maladies chroniques, dans la gastro-entérite chronique, l'hypochondrie, le catarrhe chronique, la coqueluche, les névralgies, le rhumatisme, et comme anti-aphrodisiaque, dans la nymphomanie et le satyriasis. (*De l'usage de fumer l'opium*, *diss. inaug.* Paris, 1829, in-4.° Extrait.)

Empoisonnement par le camphre ; *obs. par le professeur Wendt*, *de Breslaw*. — Protase Mansi, vieillard âgé de 74 ans, ayant pris par mégarde quatre onces d'alcohol camphré qu'on lui avait prescrit pour être pris à l'extérieur, éprouva peu de temps après les symptômes suivans : chaleur brûlante de la peau, pouls fréquent, plein, dur ; yeux brillans, face rouge et bouffie, pesanteur de tête, anxiété, agitation, sentiment d'ardeur violente dans l'estomac, céphalalgie intense, vertiges, scintillation, obscurcissement de la vue et hallucinations visuelles diverses. Le malade ne parlait que de la chaleur qui lui paraissait insupportable. Une plaie qu'il avait à la lèvre, par suite d'une opération de cancer pratiquée neuf jours auparavant, était le siège d'une vive douleur et d'une tension très-incommode. L'alcohol camphré, préparé selon la pharmacologie de Prusse, contient quarante grains de camphre sur une once d'alcohol ; le malade en avait pris par conséquent cent soixante grains en une seule fois. On commença par lui administrer quelques cuillerées d'une émulsion d'amandes : le sentiment d'ardeur de l'estomac se dissipa ainsi après quelques heures, mais les autres accidens persistèrent. On donna ensuite, toutes les demi-heures, deux cuillerées d'un mélange à parties égales de vinaigre et de mucilage épais de gruau. Le calme se rétablit un peu dans le courant de la nuit, la tête devint plus libre, la céphalalgie et l'anxiété diminuèrent ; il y eut une sueur très-copieuse, suivie d'un sommeil tranquille de trois heures. A son réveil le malade se trouva beaucoup soulagé. Cependant le pouls était toujours fréquent et plein, et la plaie de la lèvre paraissait enflammée ; l'émission des urines était difficile ; on donna une légère infusion de digitale pourprée avec addition d'acétate de potasse, et sous l'influence de ce médicament la santé se rétablit au bout de quelques jours. (*La Lancette française*, *d'après le Magasin de Rust.*)

Académie royale de Médecine. (Janvier 1830.)

Séance du 5 janvier. — EAUX MINÉRALES. — M. Itard, au nom de la commission des eaux minérales, propose un modèle de cahiers d'observations pour les médecins inspecteurs des eaux minérales de France, cahier disposé de manière à contenir l'énumération de toutes les maladies traitées aux eaux chaque année, avec les résultats immédiats et consécutifs de chaque traitement, et cela d'une manière si abréviative, qu'il ne faut pour chaque malade qu'une ou deux lignes du cahier. M. Itard rappelle que, l'an dernier, la commission avait préparé deux mémoires pour servir de guide aux médecins inspecteurs dans les documens qu'ils sont appelés à recueillir sur les eaux minérales de France (Voyez l'analyse de ces deux mémoires, tome XVIII des *Archives*, p. 585.) La commission y avait joint deux tableaux synoptiques que les médecins inspecteurs devaient remplir chaque année, et qui étaient destinés à présenter les résumés de tous les documens recueillis d'après le plan tracé dans les mémoires. Le premier de ces tableaux, divisé en colonnes, devait présenter dans chacune de celles-ci : 1.° le nombre de tous les malades venus aux eaux, hommes et femmes ; 2.° les espèces et variétés des maladies observées par le médecin inspecteur ; 3.° le nombre des malades de chaque espèce, hommes et femmes ; 4.° le traitement et sa durée, mentionnant ici, dans des subdivisions de la colonne, ce qui est du régime, des remèdes, et des eaux prises en boissons, bains et douches, dans la première et dans la seconde saison ; 5.° enfin, les causes qui ont pu avoir influence sur l'action des eaux minérales, savoir : les modifications survenues dans la nature et la culture du sol ; les modifications survenues dans la nature des eaux de chaque source, leurs causes, leurs effets ; enfin la constitution atmosphérique qui a régné depuis la fin de la dernière saison des eaux jusqu'à la saison actuelle, et depuis le commencement de la saison actuelle. Ici, la colonne présentait trois subdivisions consacrées ; l'une aux observations thermométriques, barométriques, hygrométriques, à celles sur l'électricité atmosphérique, les vents, les quantités de pluie tombées, les accidens météorologiques ; la seconde à l'effet des eaux sur les animaux (mammifères, oiseaux, reptiles, poissons, mollusques, crustacés, insectes, vers, larves, et sur les hommes sains, ayant égard à

l'âge, au sexe, au tempérament et à la profession ; enfin, la troisième aux maladies qui ont régné dans le pays, et aux effets des eaux sur elles ou quelques-unes d'entr'elles. Le second tableau, divisé aussi en colonnes, offrait : 1° les effets du traitement et l'appréciation de la part qu'ont prise dans ces effets, en premier lieu les eaux minérales et leurs principes prédominans ; en second lieu, les localités et autres circonstances concomitantes, et en troisième lieu, les remèdes et le régime ; 2° le nombre des malades, hommes et femmes, *guéris*, *soulagés*, *restés dans le même état*, *empirés* et *morts* ; 3° des observations particulières de maladie, une de chaque espèce ; et des considérations et réflexions sur les maladies dans le traitement desquelles entrent les eaux minérales de tel pays, contenant des éclaircissemens, explications, aperçus à ce sujet et relativement aux âges, sexes, tempéramens, professions ; 4.° enfin des recherches de statistique, d'économie politique et d'hygiène publique : savoir, mouvemens de la population, mœurs, industrie, commerce et richesse des habitans ; accroissement des consommations par suite de l'établissement thermal dans le pays ; aperçu du numéraire laissé par les étrangers ; produit de la ferme des eaux minérales.

Le temps n'ayant pas permis d'envoyer ces tableaux au ministre, assez tôt pour qu'ils aient pu être mis à exécution dès l'année 1829, la commission a cru utile de les revoir, et elle propose aujourd'hui de leur substituer des cahiers d'un nombre de feuilles plus ou moins considérable, selon l'importance de l'établissement thermal, et qui, au lieu d'offrir de simples résumés en chiffres du nombre des malades reçus aux eaux, guéris, soulagés, empirés etc , présenteront les faits eux mêmes avec tous les détails propres à les faire apprécier. Il est certain, en effet, que les tableaux proposés l'an dernier, ne contenant qu'un résumé en chiffres, ne pouvaient mentionner toutes les différences d'âge, de sexe, de tempérament, de profession, sur lesquelles cependant le premier mémoire de la commission appelait l'attention des médecins inspecteurs, et qu'il importe de bien connaître pour apprécier rigoureusement les effets des eaux minérales : il n'y avait pas d'accord et de proportion entre le plan de recherches imposées et le cadre destiné à en faire connaître les résultats. En outre, un point important avait été omis, des renseignemens sur ce qu'éprouvent les malades dans les mois qui suivent celui dans lequels ils ont fait usage des eaux, renseignemens sans lesquels on ne peut cependant garantir la solidité et la réalité des guérisons. Pour parvenir plus sûrement au but que se propose l'académie, celui d'obtenir les documens dont elle a besoin pour juger enfin avec certitude les effets de toutes les eaux minérales de France, la commission propose donc de substituer aux deux tableaux synoptiques dont on vient de rappeler

la disposition, des cahiers d'observations à divisions et à têtes de colonnes imprimées, et qui présenteraient successivement 1.° un numéro d'ordre d'arrivée de chaque malade; 2.° son nom; 3.° son domicile; 4.° son âge; 5.° son tempérament; 6.° sa constitution; 7.° sa profession; 8.° sa maladie, et si elle n'est pas caractérisée, l'exposition de ses principaux symptômes; 9.° le temps qu'elle a déjà duré; 10.° les eaux minérales et autres moyens de traitement qui ont déjà été employés; 11° le traitement fait dans l'établissement thermal par les boissons, les bains, les douches, les étuves et moyens accessoires; 12.° l'état du malade à son départ de l'établissement; 13° enfin l'état du malade dans le cours de l'année suivante. La commission pense que le plus souvent chaque malade n'occupera ainsi qu'une ou deux lignes sur le cahier, chacun des points de l'histoire de sa maladie se trouvant ainsi brièvement exposé dans la colonne qui lui est consacrée. Elle croit que ces cahiers exigeront, pour être exécutés par les médecins inspecteurs, moins de temps que n'en eussent exigé les deux tableaux synoptiques proposés l'an dernier, puisqu'ils ne sont en quelque sorte que les cahiers que chacun doit tenir spontanément pour sa propre utilité, et que c'est demander tout bruts en quelque sorte, des matériaux que dans le premier système ils étaient obligés d'élaborer pour n'en présenter que les résumés. La commission consacre es dernières pages du cabier d'observations à recevoir des observations générales; et pour cela elle les divise en cinq colonnes portant chacune les titres suivans: 1.° constitution atmosphérique; avant, pendant et après la saison des eaux; 2.° constitution médicale du pays avant, pendant et après la saison des eaux; 3.° action des eaux sur l'homme sain et sur les animaux; 4.° changemens survenus dans les propriétés des eaux; 5.° produit de la ferme des eaux; argent laissé dans le pays. Elle termine en demandant que le gouvernement exige des médecins inspecteurs des bains de mer les mêmes travaux que des inspecteurs des eaux minérales, et nomme un médecin inspecteur à chacun des établissemens de bains de mer de la France.

Cette communication de M. Itard amène une discussion. — M. Lodibert appuie les vues nouvelles de la commission, mais fait sentir la nécessité d'analyser de nouveau l'eau de mer, et cela dans des latitudes diverses: d'une part, la découverte de deux corps nouveaux, l'iode et le brôme, a rendu incomplètes toutes les analyses anciennes de l'eau de la mer: d'autre part, les professeurs de chimie, Driessen, de Groningue, et Brugmans, de Leyde, ont établi que l'eau de la mer diffère selon les latitudes; que les sels à base de magnésie, par exemple, y dominent vers le nord, tandis que ceux à base de chaux sont plus abondans vers le sud. — MM. Delens et Emery trouvent quelques inconvéniens à ce que la commission de

cette année ait changé le travail de la commission de l'an passé, avant que la mise à exécution des tableaux synoptiques proposés ait au moins prouvé l'insuffisance ou l'imperfection de ces tableaux. — M. Coutanceau réplique qu'il est aisé de voir que les tableaux synoptiques proposés l'an dernier ne pouvaient pas remplir les vues de la commission, et que les cahiers d'observation imaginés cette année vont au contraire mieux au but. — M. Lucas croit qu'il sera toujours difficile d'obtenir des renseignemens sur ce qu'éprouvent les malades après leur retour des eaux, et qu'il y aura toujours à cet égard grand risque d'être trompé. — M. Adelon remarque que puisque rien n'a encore été envoyé au ministre, il faut ne rien négliger pour perfectionner le plus possible, soit les tableaux synoptiques de la commission de 1828, soit les cahiers d'observation de la commission de 1829, et il demande le renvoi des uns et des autres aux deux commissions réunies pour qu'elles se mettent d'accord sur la préférence à accorder. Cette proposition est adoptée.

Maladies et fonctions du cervelet ; *mémoire de M. Caffort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Narbonne* ; *rapport de M. Bouillaud.* — Le mémoire de M. Caffort se compose de six observations cliniques relatives à des maladies du cervelet, dont trois ont été empruntées aux *Archives*, dont la quatrième a été communiquée à l'Académie par M. Thion, et a été insérée à ce titre dans notre recueil, et dont deux seulement sont propres à M. Caffort. Une de celles-ci appuie l'idée de Gall, que le cervelet est le siége de l'instinct de l'amour physique. Un tisserand, âgé de 25 ans, affecté d'une carie scrofuleuse au poignet, est tout-à coup saisi d'un délire érotique ; il veut se précipiter sur chaque sœur de l'hôpital, il est dans une continuelle érection. Les saignées, la diète, les rafraîchissans calment cet état ; mais le malade reste dans un état de nostalgie, et meurt au bout de trois mois. — *Nécropsie.* Au-dessous des tégumens du crâne, au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, exsudation albumineuse très-étendue, arachnoïde légèrement lactescente en plusieurs points, et adhérant au cerveau vers le milieu du sinus longitudinal supérieur ; cerveau sain ; arachnoïde du cervelet fortement injectée, et substance grise de cette partie encéphalique ramollie et presque diffluente. La seconde observation, de M. Caffort, ne montre au contraire, aucune lésion des fonctions génitales, et cependant il y est question d'un homme mort d'apoplexie, et dans lequel on trouva un épanchement sanguin considérable à la surface et dans la substance grise du cervelet. — M. Caffort conclut que si l'on ne peut, d'après ces faits, affirmer que le cervelet est l'organe de l'amour physique, comme le voulait Gall, au moins ils sont contraires à l'opinion de ceux qui font de cette partie encéphalique le foyer de la sensibi-

lité (Foville), ou l'organe présidant aux mouvemens de station et de progression des animaux. (Rolando, Flourens).

MORT SUBITE D'UN INDIVIDU AFFECTÉ DE MÉNINGITE ET D'HYPERTROPHIE DU CŒUR. — M. Bouillaud fait un autre rapport sur une observation adressée à l'Académie par un de ses correspondans, M. Broqua, médecin à Plaisance, département du Gers. Un homme de 48 ans, en août 1828, commence à éprouver des maux de tête et des douleurs d'entrailles; on soupçonne une entéro-céphalite, qu'on combat par des antiphlogistiques; on n'obtient qu'un rétablissement incomplet; des coliques et une douleur à la partie supérieure de la tête persistent; de temps en temps le malade est menacé de tomber en syncope; il meurt subitement le 9 janvier 1829. — *Nécropsie*. Les deux lobes du cerveau et les méninges sont au vertex confondus par une forte adhérence; là, l'arachnoïde est lactescente; le reste du cerveau est sain; le cœur est doublé de volume, ses parois ventriculaires augmentées d'épaisseur; le jéjunum et l'iléum d'un rouge foncé; le grand lobe du foie très volumineux et gorgé de sang; le rein gauche manque; le droit est deux fois plus long qu'il ne doit l'être, formé de plusieurs lobes comme dans le fœtus, et donne naissance aux deux uretères. M. Broqua attribue la mort subite qui a eu lieu ici à un anévrysme du cœur, qu'aucun symptôme pendant la vie n'avait fait soupçonner. M. Bouillaud ne partage pas cette opinion; il ne voit là qu'une hypertrophie du cœur, et, selon lui, l'hypertrophie du cœur n'est point par elle-même une cause de mort subite. — M. Rochoux pense, contrairement à M. Bouillaud, que l'hypertrophie du cœur peut par elle-même causer la mort subite; l'ouvrage de Corvisart, sur les maladies du cœur, en contient plusieurs exemples.

LITHOTRITIE. — M. Ségalas présente un malade qu'il a guéri de la pierre par la lithotritie, et qui a offert ceci de remarquable, qu'il a supporté les manœuvres à des époques fort rapprochées. M. Ségalas l'a en effet opéré deux fois à vingt-quatre heures d'intervalle, et deux fois en dix-huit heures; il n'y eut d'autres accidens qu'une ischurie de peu de durée après la seconde séance.

Séance du 12 janvier. — Lettre de M. Pariset, datée du 9 octobre dernier au Caire, qui annonce qu'il poursuit dans cette ville ses recherches sur la peste, et que la crue excessive du Nil fait présager l'explosion de cette maladie pour la saison prochaine, pour peu que l'hiver ne soit pas très-froid.

EAUX MINÉRALES. — M. Itard annonce que le travail qu'il a présenté à l'Académie dans la séance dernière, au nom de la commission des eaux minérales, a été communiqué à l'ancienne commission, et que celle-ci a été d'avis aussi de substituer aux deux tableaux synoptiques

primitivement arrêtés les cahiers d'observations proposés dans la séance dernière. Sur cette remarque, l'Académie donne sa sanction au travail sur les eaux minérales qui lui a été présenté dans la séance dernière; il sera envoyé au Ministre, avec prière d'en ordonner l'exécution aux médecins-inspecteurs des diverses eaux minérales et des bains de mer.

Odeur de fut dans le vin. — Rapport de M. Chevalier sur une lettre de M. Pommier, pharmacien à Saliès, qui revient sur le procédé qu'il a annoncé à l'Académie comme propre à ôter au vin le goût du fût. Ce procédé consiste à verser dans le vin détérioré de l'huile d'olive, à agiter fortement le mélange, à laisser reposer et à séparer ensuite les deux liquides. M. Pommier ajoute qu'il importe aussi de changer de tonneau. M. Chevalier rappelle que cette pratique est d'un usage habituel dans les pays vignobles; on met dans le tonneau où l'on transvase le vin des copeaux de chêne.

Maladies de l'hôpital de Barcelone dans le 1.er trimestre de 1827. — Mémoire de M. Jourdain, correspondant de l'Académie. (*Voyez* déjà un travail de ce Médecin sur les maladies de l'hôpital de St-Jean-Pied de-Port, tom. XVIII des *Archives*, p. 456.) Rapport de M. Kergaradec. M. Jourdain ne trouve dans la topographie de Barcelone aucune cause d'insalubrité, à laquelle on puisse attribuer l'épidémie qui a ravagé cette ville en 1821. L'état sanitaire de la garnison a été, en 1826, fort satisfaisant: de 10,000 hommes on n'a reçu à l'hôpital que 200 malades à-peu-près, la plupart blessés, vénériens ou galeux. Mais l'hiver de 1827 fut très-rigoureux, et dans les trois premiers mois de cette année, 202 malades furent reçus dans la salle des fiévreux. Il n'en périt que 14 dont 7 de phthysie, 4 de colite et d'arachnitis, et les 3 autres de gastro-entérite, d'hépatite et de variole. Les maladies de l'appareil respiratoire ont dominé; il y en a eu 108, tant bronchites que pleurésies et pneumonies : souvent ces phlegmasies eurent une origine rhumatismale. M. Jourdain signale le danger d'appliquer trop tôt dans ces phlegmasies les vésicatoires, et l'avantage au contraire des évacuations sanguines. Souvent il a vu des tubercules succéder à ces phlegmasies chez des sujets forts, et dont la poitrine était bien conformée. Les autres maladies observées à l'hôpital ont été des gastro-entérites (35), des péritonites (2), des encéphalites (17), des fièvres intermittentes (19), des phlegmasies cutanées (10) et des rhumatismes. M. Jourdain a opposé presque exclusivement à ceux-ci les antiphlogistiques, et regarde la variole comme une phlegmasie cutanée pure, qui appelle l'emploi de la saignée, surtout quand la maladie est confluente.

Sulfate de cuivre dans le pain. — Mémoire de M. Dorheims, pharmacien à Saint-Omer; rapport par MM. Deyeux, Boutron-Charlard et

Henry père. C'est le Ministre de l'intérieur qui a fait l'envoi de ce Mémoire. Il écrit à l'Académie que l'emploi des sulfates de cuivre et de zinc dans le pain a amené, en Belgique, de tels accidens, qu'une loi a été portée en ce pays pour défendre l'emploi de ces sels : il ajoute que cet usage dangereux s'est étendu dans plusieurs villes de la Flandre Française, et que dans les deux pays les chimistes n'ont pu parvenir à démontrer la présence des deux sels vénéneux dans le pain ; il désire enfin que l'Académie fasse des expériences pour découvrir les procédés les plus sûrs et les plus faciles pour reconnaître cette falsification, et qu'elle les consigne dans une instruction claire et précise. MM. Deyeux, Boutron-Charlard et Henry père, nommés pour examiner le Mémoire de M. Derheims et pour satisfaire à la demande du Ministre, remarquent d'abord que la cherté des grains en 1828 et 1829 a conduit à mélanger les farines avec de la fécule de pommes-de-terre, ou avec des farines de fèves, de pois, de haricots. Il en est résulté que la panification s'est opérée avec plus difficulté, et qu'on a eu un pain moins blanc, plus compact, moins crevassé. Or, c'est pour remédier à ces inconvéniens que les boulangers eurent recours à divers sels, et tour-à-tour on a employé l'alun, la magnésie, la craie, les sous-carbonates de potasse, de soude, d'ammoniaque, et même le sulfate de chaux, dans la vue de rendre le pain plus blanc, plus ferme et plus poreux. Les commissaires font ensuite l'analyse du Mémoire de M. Derheims, de Saint-Omer, sur *les effets du sulfate de cuivre dans le pain*, et y mentionnent surtout les quatre points suivans : 1.° selon M. Derheims, le but des boulangers, par l'addition du sulfate de cuivre, est de faire lever la pâte plus fortement, et d'obtenir un pain plus léger et plus poreux. Ce pharmacien, disent les commissaires, aurait dû remarquer en outre que cette addition donne au pain une petite teinte bleue qui empêche le pain de paraître bis. 2.° Si la quantité de sel ajoutée est petite, elle est en entier décomposée, dit M. Derheims ; si elle est plus considérable, elle n'est décomposée qu'en partie. Les commissaires de l'Académie pensent que si le sulfate de cuivre se décompose dans la panification, il se décompose toujours en entier, sa quantité étant toujours fort petite relativement à celle de la pâte. 3.° M. Derheims croit que c'est parce qu'il se décompose que le sulfate de cuivre agit dans la panification : il se forme du gaz hydrogène sulfuré qui se dégage. Ce pharmacien invoque ici, d'une part, l'autorité de MM. Chevreul et Henry fils, qui ont déjà émis cette opinion, et d'autre part, des expériences de M. Vogel, de Munich. Les commissaires de l'académie objectent que ces expériences ne sont pas assimilables à ce qui se passe dans la panification, puisque dans ces expériences il s'agissait de dissolutions qui ont exigé pour leur décomposition un espace de deux ans, tandis que le sulfate de cuivre

éprouve dans la pâte du pain une décomposition presque instantanée. 4.° Enfin, comme moyen de reconnaître le sulfate de cuivre dans le pain, M. Derheims conseille d'incinérer le pain par petites portions dans un creuset de platine, de traiter les cendres obtenues par l'eau distillée; et de chercher à constater la présence d'un sel de cuivre dans la dissolution par les réactifs de ces sels, savoir, l'ammoniaque, l'hydrosulfate sulfuré de potasse, l'hydrocyanate ferruré de potasse et le phosphore. Selon M. Derheims, le résidu des cendres épuisées par l'eau, repris par l'acide sulfurique, ne décèle aucune trace de cuivre, probablement parce que l'oxyde de cuivre s'est uni à l'acide acétique produit par la fermentation panaire, et que le deuto-acétate de cuivre ainsi formé s'est entièrement dissous dans l'eau. Les commissaires de l'académie croyent peu probable la formation de ce deuto-acétate de cuivre, et surtout ils relèvent, comme une grave erreur chimique, l'idée que ce deuto-acétate, si on admet sa formation, résiste à l'incinération du pain. Ils pensent aussi qu'il faudrait préférer les acides nitrique ou hydrochlorique à l'acide sulfurique; pour traiter les résidus des cendres. Si par cet acide, M. Derheims n'a pas obtenu d'indice de la présence du cuivre, c'est que probablement il l'a employé très-concentré. Ils concluent que pour découvrir dans le pain les sulfates de cuivre ou de zinc, il ne faut pas agir par la voie liquide pour trois raisons; 1.° à cause de la propriété qu'a le pain d'absorber une grande quantité d'eau; 2.° à cause de la difficulté qu'éprouve la dissolution aqueuse du pain de pouvoir passer à travers les pores du papier; 3.° parce que le sel ayant été probablement décomposé dans la panification, la quantité d'oxyde métallique qui reste dans le pain est très-petite et difficilement attaquée par les acides qu'on emploie pour la reprendre. Ils veulent donc qu'on agisse par la dessiccation, la pulvérisation et la calcination du pain, surtout quand il s'agit du sulfate de cuivre. Pour le sulfate de zinc, le procédé est moins bon, car ce sel a été ramené par la panification à l'état d'oxyde de zinc, et celui-ci par la calcination du pain se réduit et donne lieu à du zinc métallique qui se volatilise. Ils terminent en indiquant pour chacun des deux sels, le manuel d'analyse suivant : 1.° prendre 125 grammes du pain suspect, les dessécher, les pulvériser et les chauffer dans un creuset de platine avec 100 grammes d'acide nitrique à 36.°, jusqu'à ce que la masse soit réduite à un petit volume, ayant soin de remplacer l'acide à mesure qu'il s'évapore; 2.° reprendre le résidu qui est d'un noir foncé, par de l'acide nitrique faible, et filtrer; 3.° s'il s'agit de *sulfate de cuivre*, alors ajouter un excès d'ammoniaque pour séparer les phosphates de chaux, de magnésie et d'oxyde de fer; filtrer de nouveau, réacidu-

ler avec un peu d'acide nitrique, et évaporer à un petit volume. Alors la liqueur bleuit par l'ammoniaque, et précipite en brun marron par l'hydrocyanate ferruré de potasse. 4.° S'il s'agit de *sulfate de zinc*, ajouter de la potasse caustique pour précipiter les phosphates de chaux, de magnésie et l'oxyde de fer; filtrer, réaciduler avec un peu d'acide nitrique, et évaporer à un petit volume: alors la liqueur par l'hydrosulfate neutre de potasse précipite de l'hydrosulfate de zinc blanc, et par l'ammoniaque et la potasse, présente un dépôt blanc d'oxyde de zinc soluble dans un excès de ces alkalis. S'il n'était question que de sulfate de cuivre, on pourrait, disent encore les commissaires, se contenter d'incinérer le pain, et d'agir ensuite sur les cendres par l'acide nitrique; mais il faudrait triturer ces cendres dans un mortier d'agathe, car leur cohésion augmentant par la chaleur, elles seraient difficilement attaquées par l'acide nitrique.

Une discussion s'établit sur ce travail: M. Orfila rend compte de la réponse qu'il a faite à la même question, qui lui avait été proposée par les magistrats de Bruges. (Voyez le tom. XIX des *Archives*, p. 471.) M. Pelletier rapporte que, sur l'invitation de M. le Préfet de police, le Conseil de salubrité a analysé des pains qui étaient dits contenir du sulfate de zinc; et il est résulté des recherches qu'a faites à ce sujet M. Barruel, au nom du Conseil, que le sulfate de cuivre qui serait ajouté, dit-on, à la pâte pour la faire lever mieux, s'oppose au contraire à cet effet; que des atômes de ce sel suffisent pour donner au pain une teinte bleue, ce qui décèle la falsification; et qu'enfin, une tranche de ce pain mise dans une solution d'hydrocyanate ferruré de potasse, prend aussitôt une teinte rose, de sorte qu'il n'est pas besoin d'incinérer pour reconnaître l'addition. M. Lodibert dit que le sulfate de cuivre trouvé dans le pain pourrait bien provenir du bled lui-même, du sulfate de cuivre étant employé quelquefois pour le chaulage des grains. Il se fonde sur ce que M. Lefebure, chimiste de Flandre, a trouvé par l'analyse du cuivre dans le bled. M. Chevalier objecte à M. Lodibert que, en Belgique et dans le département du Nord, l'addition du sulfate de cuivre à la pâte panaire avait été démontrée par l'instruction judiciaire, et avouée par les boulangers poursuivis: voici, selon lui, ce qui a conduit à cette falsification; l'alun de glace, qui, en quelques pays, est employé avec succès pour faire lever mieux la pâte panaire, est appelé par quelques-uns *alun bleu*, et les boulangers auront cru que par ce dernier nom on entendait le sulfate de cuivre.

Effets de la petite cigue. — Mémoire de M. Lalé, médecin à Fontevrault, *sur l'action délétère de la petite ciguë, æthusa cynapium*, Lin. Rapport de M. Londe. Selon M. Lalé, la petite ciguë est aussi vé-

néneuse que la grande; et comme elle a une odeur moins vireuse, et ressemble davantage au persil, elle peut plus souvent donner lieu à des méprises funestes. Son mémoire contient deux observations d'empoisonnement produit par cette plante mangée dans une salade. Dans l'une, une heure après le repas, vertiges, nausées, état comateux, sueurs froides, refroidissement des extrémités, et mort. — *Nécropsie.* Larges ecchymoses sur toute la surface du corps; inflammation de l'estomac, du péritoine; engorgement de la rate; état de pléthore des poumons et du cœur; le cerveau n'a pas été examiné. Dans l'autre cas, des vomitifs font rejeter la ciguë; mais le malade, atteint d'une gastrite chronique avant son empoisonnement, meurt aussi après quelques semaines. — *Nécropsie.* Maigreur extrême du corps; phlogose du péritoine et des intestins; suppuration de la membrane interne de l'estomac; taches escarrhotiques sur plusieurs points des intestins grêles; portions squirrheuses dans les épiploons.

Hernie inguinale de l'estomac. — *Observation de M. Yvan.* — Un soldat invalide présente, il y a quelques années, un oschéocèle qui disparaît par le taxis; on emploie divers bandages herniaires, mais en vain; les parties déplacées ne peuvent être contenues; on se borne à un bandage suspensoire, dont on augmente graduellement la capacité. Il y a un mois, surviennent des vomissemens que rien ne peut arrêter, bien qu'il n'y ait pas d'étranglement, et le malade meurt. — *Nécropsie.* Énorme hernie inguinale; l'anneau de ce côté a 18 pouces de circonférence; dans le sac herniaire sont, le tiers inférieur de l'estomac, le grand épiploon, l'intestin grêle et le gros intestin, moins le cœcum, la portion iliaque du colon et le rectum. L'estomac, situé parallèlement à l'axe du corps, est d'un volume énorme, et par une dépression circulaire semble divisé en deux portions, une supérieure qui était contenue dans le ventre, et une inférieure qui était dans la hernie. La longueur de sa grande courbure est de 3 pieds, celle de la petite de 18 pouces; sa circonférence à sa plus grande largeur est de 20 pouces; elle est de 17 à la dépression qu'y a tracée le contour de l'anneau; cinq litres de liquide y sont contenus; et sur sa surface se voient des faisceaux musculaires qui se dirigent dans le sens de la longueur et de la circonférence de l'organe. M. Yvan fait don de cet estomac pour être déposé dans le Muséum de l'Académie.

Séance du 19 janvier. — Vaccine, varioloïde et variole. — M. Bousquet, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Guillon, médecin à Saint-Pol-de-Léon (Finistère), intitulé: *Inoculation du virus de l'exanthème varioloïde.* M. Guillon raconte que, en 1826, une épidémie meurtrière de variole ayant éclaté à Saint-Pol-de-Léon, à défaut de vaccine pour la conjurer, il imagina d'in-

ouler la varioloïde, espérant par-là avoir au moins une maladie plus bénigne que la variole. La première inoculation donna lieu, à l'endroit des piqûres, à dix boutons, qui parurent à M. Guillou tout-à-fait semblables à des boutons de vaccine. Il se servit de ces boutons pour faire de nouvelles vaccinations; et celles-ci, répétées sur plus de 600 enfans, ne donnèrent jamais lieu qu'à des boutons locaux qui parurent tous être de nature vaccinale. Ces enfans en même temps ne furent pas frappés par l'épidémie. M. Guillou conclut de ces faits dans son mémoire, que la varioloïde produit la vaccine, et qu'il y a identité entre ces deux éruptions. M. Bousquet et la commission de l'Académie rappellent d'abord que, dans son rapport sur les vaccinations de l'année 1825, l'Académie crut devoir blâmer comme dangereuses les expériences de M. Guillou. (Voyez le tome XIII des *Archives*, page 436). Ils rappellent ensuite plusieurs faits qui leur paraissent analogues à ceux de M. Guillou, savoir: 1.° Ceux d'un paysan de Périgueux, appelé Chastenet, qui inocula à 15 enfans la variole, et qui le plus souvent par cette inoculation n'obtint que des boutons d'insertion. 2.° Des inoculations tentées à Orange par M. le docteur Dugat, avec la variole sur 23 enfans, et avec la varioloïde sur 21 enfans, et dans le plus grand nombre desquelles il n'y eut aussi que des boutons locaux qui paraissaient de nature vaccinale. 3.° Des inoculations varioliques exécutées avec les mêmes résultats sur 7 enfans par M. le docteur Boucher, de Versailles; un des enfans fut amené à l'Académie le jour où l'on y vaccine, et plusieurs médecins purent constater que l'éruption était locale, et paraissait en tout semblable à celle du vaccin. 4.° Enfin, de semblables inoculations varioliques que M. Bousquet a pratiquées sur 4 enfans, et dans trois desquels l'éruption se borna aussi aux boutons d'insertion, et parut vaccinale. Mais de ces faits, mentionnés déjà pour la plupart dans les rapports généraux de l'Académie sur la vaccine, M. Bousquet ne conclut pas, comme M. Guillou, l'identité de la varioloïde et de la vaccine, et encore moins que la première de ces maladies donne naissance à la seconde. Il croit, au contraire, que M. Guillou a été induit en erreur, et a pris pour vaccinaux de véritables boutons varioliques. Quels sont en effet les argumens de M. Guillou? 1.° L'inoculation de la varioloïde n'a produit de boutons qu'aux lieux des piqûres; mais n'est-ce pas de même quelquefois dans l'inoculation variolique? 2.° Les boutons ressemblaient à ceux de la vaccine; mais Jenner lui-même avait signalé cette ressemblance qui n'est qu'apparente: selon M. Bousquet, il y a des différences entre les boutons produits de la variole inoculée et ceux de la vaccine; les premiers sont moins plats, moins ombiliqués, moins circonscrits, moins consistans; l'aréole qui les entoure est moins prononcée, et quand on les pique, ils se vident tout-à-coup,

ce qui prouve qu'ils ne sont formés que d'une seule poche, à la différence de ceux de vaccine qui offrent intérieurement une foule de petites cellules qui ne communiquent pas entre elles. D'ailleurs, ajoute M. Bousquet, si l'inoculation vaccinale est quelquefois suivie d'une éruption générale, cela n'arrive que très-rarement, et cette éruption est bornée à un très-petit nombre de boutons; tandis que l'éruption générale qui suit la variole inoculée arrive bien plus souvent, et est bien plus abondante; les boutons de cette éruption surtout ne ressemblent pas, comme ceux des piqûres, à des boutons de vaccin, mais ont, par l'époque à laquelle ils apparaissent, par les symptômes généraux dont ils s'accompagnent, et par leur durée, tous les caractères de variole. Or, dans toutes les inoculations de varioloïde et de variole ci-dessus rapportées, il y a eu des cas d'éruption générale variolique, et ces cas ne laissent pas de doute sur la nature de l'éruption qui avait été provoquée. M. le rapporteur se demande ici, pourquoi la variole inoculée produit moins souvent une éruption générale que la variole spontanée; il réfute l'opinion des anciens inoculateurs qui attribuaient cet effet à l'habileté avec laquelle ils préparaient leurs malades; il le rapporte à la différence de la prédisposition individuelle; chez la personne qu'on surprend en quelque sorte par une inoculation, l'économie, dit-il, doit moins se prêter au développement de la variole, que chez celle qui prend la maladie spontanément, et qui par cela seul accuse que son économie était disposée à la développer. Il s'appuie sur ce dogme médical important, qu'en médecine les causes n'ont jamais d'effet nécessaire, parce que les êtres vivans ne reçoivent pas l'impression qu'elles font sur eux à la manière des corps bruts, mais réagissent sur ces impressions, de sorte que cette réaction a autant de part à la pathogénie qui la suit que la cause qui l'a précédée. M. Bousquet se demande encore pourquoi l'inoculation variolique a été dans ces derniers temps, plus souvent que dans les temps anciens, réduite aux boutons des piqûres? et il avoue ne pouvoir donner l'explication de ce fait. Dira-t-on que les organisations sont aujourd'hui moins aptes que jadis à développer la variole? Mais qui leur aura fait subir cette heureuse modification? Accusera-t-on un affaiblissement du virus varioleux? Mais la violence des dernières épidémies varioliques est contraire à l'idée de cet affaiblissement. M. Bousquet exprime ici cette opinion générale, que la dégénérescence des virus, et celle du vaccin en particulier, n'est pas aussi facile à obtenir qu'on pourrait le croire; il cite en preuve les essais qu'il a faits d'après M. Pourcelot, et dans lesquels il a vu le vaccin réussir, bien que mêlé à de l'eau, à du sang; il s'appuie d'expériences dans lesquelles il a mêlé impunément au virus vaccinal partie égale de chloruro de soude dissous dans l'eau. Il oppose ces

faits à l'opinion de M. Robert de Marseille, qui croit assez adoucir le virus varioleux en le mêlant avec du lait de vache, pour le mettre hors d'état de produire une éruption générale. Selon M. Robert, la variole appartient primitivement à l'homme; de cet être elle a passé aux animaux, dans l'organisation desquels elle s'est mitigée et est devenue vaccine, forme sous laquelle ceux-ci la lui ont rendue; la vache, dit-il, a fait sur la variole ce que la greffe opère tous les jours sur les arbres pour l'amélioration de leurs fruits. Aussi, le lait de vache, par lequel M. Robert veut adoucir le virus variolique, ne pourrait pas, selon ce médecin, être remplacé par toute autre liqueur analogue; il est dit agir par une vertu spéciale qu'il doit à son origine. M. Robert s'appuie sur treize inoculations varioliques qu'il a faites, les unes avec du virus variolique pur, les autres avec du virus variolique mêlé avec du lait, et dont les premières seules ont donné lieu à des éruptions générales. Mais M. Bousquet oppose à ces inoculations celles de MM. Guillon, Dugat, Boucher et les siennes propres, toutes inoculations dans lesquelles on n'a obtenu aussi le plus souvent que des éruptions locales, bien qu'on ait inoculé le virus variolique pur.

Ce rapport amène une discussion. MM. Robinet et Boulay s'étonnent que le chlorure de soude n'ait pas neutralisé le virus vaccin, et demandent combien d'essais ont été faits. M. Bousquet réplique qu'il a répété l'expérience quinze fois, agissant tour-à-tour avec des chlorures fournis par MM. Labarraque et Boulay, et augmentant graduellement la dose du chlorure de manière à ce qu'elle finisse par être égale à celle du vaccin employé. M. Itard, à l'appui de la conclusion de M. Bousquet, dit avoir huit ou dix fois fait des lotions de chlorure de soude sur des piqûres vaccinales nouvellement faites, sans que ces lotions aient empêché le développement ultérieur de la vaccine. L'académie décide que les expériences de M. Bousquet, sous ce rapport, seront répétées, et qu'en même temps une commission sera chargée de faire l'analyse du fluide vaccin. Cette dernière décision a été combattue, mais envain, par beaucoup de membres, qui établissaient que la chimie est inapte à saisir dans un liquide organique ce qui le fait virus (1).

Académie royale des Sciences.

Séance du 7 décembre. — Maladies chroniques de l'oreille. — M. Savart, en son nom et à celui de M. Magendie, fait un rapport

(1) La suite de la séance du 19 janvier et la séance du 26, sont renvoyées, faute d'espace, au Numéro prochain.

sur un mémoire de M. le docteur Deleau jeune, intitulé : *Traité de l'emploi de l'air atmosphérique dans le diagnostic et le traitement des maladies chroniques de l'oreille, notamment chez les sourds-muets.* La multiplicité des parties qui entrent dans la composition de l'organe de l'ouïe, dit l'honorable rapporteur, leur extrême délicatesse et leur réunion dans un espace très-resserré, apportent de grandes difficultés dans le diagnostic, le prognostic et le traitement des maladies dont cet organe peut être affecté ; aussi peut-on dire que, jusqu'à ces derniers temps, on ne possédait aucune donnée positive sur ce point d'ailleurs si important de la pathologie humaine. M. Deleau a entrepris de jeter quelques lumières sur un sujet si compliqué, et, dans le travail qui fait l'objet de ce rapport, il a eu principalement en vue l'étude des affections chroniques de l'oreille moyenne. Les premiers chapitres de son Traité sont consacrés à des considérations sur le rôle que joue l'air dans l'oreille moyenne, et il s'attache surtout à démontrer que la force élastique de ce fluide qui remplit la caisse du tambour et les cellules mastoïdiennes, a une influence considérable sur le degré de finesse de l'ouïe ; que, quand cette force est moindre ou plus grande que celle de l'air extérieur, l'ouïe est dure : phénomène qui s'explique très-bien lorsqu'on fait attention que, dans l'un ou l'autre cas, la membrane du tympan se trouve plus tendue que dans l'état naturel, ce qui diminue nécessairement l'amplitude de ses oscillations, quoique d'ailleurs elles produisent toujours le même nombre de vibrations, que le corps qui s'ébranle à distance à travers l'air. Une conséquence naturelle de cette observation, c'est que toute lésion qui empêchera l'introduction de l'air dans l'oreille moyenne, devra déterminer une surdité qui ne pourra disparaître que par le rétablissement de la libre circulation de l'air : or, M. Deleau observe avec raison que plusieurs maladies de l'arrière-bouche et des fosses nasales peuvent produire une oblitération ou un rétrécissement du pavillon et du canal même de la trompe d'Eustache. Ainsi, il arrive souvent que la tuméfaction des amygdales, lésion fort commune, surtout chez les jeunes sujets, produit une surdité qui dépend évidemment de ce que ces glandes, en augmentant de volume, écartent les piliers du voile du palais, et par là déterminent la compression des orifices des trompes. De même encore, il arrive fréquemment que l'inflammation de la membrane muqueuse, existant dans un point quelconque de la partie supérieure du pharynx et de l'arrière-bouche, s'étend jusqu'au pavillon de la trompe, dans ce canal lui-même, et jusque dans la caisse du tambour, d'où résulte naturellement une dureté d'oreille plus ou moins intense.

« Mais maintenant, par quel procédé pourra-t-on distinguer si la

surdité dépend ainsi d'un rétrécissement, d'une simple obstruction de la trompe, ou bien si elle tient à quelque autre lésion, soit de l'oreille interne, soit des osselets, soit enfin du nerf acoustique lui-même ? Pour résoudre cette difficulté, on se bornait autrefois à engager les malades à condenser l'air dans la bouche, en la tenant fermée ainsi que le nez, et par les renseignemens qu'on obtenait des sujets eux-mêmes, sur ce qu'ils ressentaient dans ce cas, on tâchait de déterminer si l'air pénétrait ou non dans la caisse. On avait même imaginé d'introduire une sonde dans la trompe; mais l'étroitesse de ce canal vers sa partie moyenne, lorsqu'il commence à pénétrer dans la portion pierreuse du temporal, s'opposait le plus souvent à ce que l'instrument pût arriver jusque dans la caisse. Enfin, au moyen d'une sonde creuse introduite dans le pavillon et la trompe, on était parvenu à injecter un liquide jusques dans l'oreille moyenne; mais ce procédé ne suffisait pas toujours pour indiquer la nature et le siége de la lésion qu'il s'agissait de combattre. M. Deleau, considérant que la membrane muqueuse qui tapisse l'oreille moyenne possède le degré nécessaire de sensibilité pour supporter sans douleur le contact de l'air atmosphérique, a pensé que des injections de ce fluide ne seraient nullement dangereuses, et que par la différence des bruits que les injections occasionnent, lorsque l'air pénétrerait ou non dans la caisse, on pourrait apprendre si la surdité dépend d'un simple rétrécissement ou d'une obstruction de la trompe. A cet effet, il introduit par les fosses nasales une sonde de gomme élastique jusque dans la trompe d'Eustache, et ensuite, au moyen d'une pompe qui comprime l'air dans un réservoir muni d'un manomètre, il pousse de l'air dans la sonde; et l'on conçoit que, si la trompe n'est pas entièrement obstruée, ou que l'obstacle soit de nature à céder, l'air doit pénétrer jusques dans la caisse, et delà refluer sur lui-même en se frayant une route rétrograde entre les parois de la trompe et celles de la sonde.

« Par ce procédé on peut reconnaître l'état pathologique de l'oreille moyenne, 1.° en faisant attention à la nature des bruits que le courant d'air détermine, bruits que l'opérateur peut apprécier en appliquant son oreille contre le pavillon de celle du malade; 2.° en observant avec soin les changemens que ces injections produisent sur la faculté d'entendre; 3.° enfin, en tenant compte de leurs effets sur la sensibilité. Il est clair que, pour juger ainsi de la nature et du siége de la lésion d'après les effets produits par le courant d'air, il était indispensable d'examiner d'abord les phénomènes qui ont lieu lorsqu'on injecte de l'air dans une oreille saine; c'est ce qu'a fait M. Deleau. Il a observé que l'ouïe devenait dure lorsque l'air de la caisse du tambour était comprimé ou dilaté, et que le son qu'on produisait

dans l'oreille du sujet soumis à l'expérience était analogue à celui d'une pluie assez forte qu'on entendait tomber sur des feuilles sèches. L'auteur désigne ce bruit par l'expression de *bruit sec de la caisse*. Il a remarqué que l'injection de l'air dans une oreille saine ne produit aucune sensation douloureuse, et qu'il en résulte seulement un léger engourdissement dans l'organe, sans que la faculté d'entendre soit diminuée. Lorsque l'orifice de la trompe est comprimé par la tuméfaction des amygdales, ou lorsque le canal est obstrué ou rétréci dans un point quelconque de son étendue, sans que d'ailleurs la caisse soit le siége d'aucune lésion, le courant d'air, s'il peut surmonter les obstacles qui s'opposent à son passage, occasionne un bruit tout-à-fait semblable à celui qu'on observe dans une oreille saine, et aussitôt après que la sonde a été enlevée, le malade entend à une distance plus considérable qu'avant l'opération. Cette amélioration se soutient pendant plusieurs heures, et quelquefois même pendant plusieurs jours; ce qui semble indiquer que, quand la trompe est obstruée, l'air enfermé dans la caisse est en partie absorbé, ou qu'il est altéré par un mélange avec d'autres fluides élastiques. Enfin, si l'intérieur de la caisse contient un liquide purulent, on entend un bruit d'une toute autre nature, qui ressemble à une sorte de gargouillement tellement prononcé, que l'oreille la moins exercée le distingue facilement. L'auteur appelle ce bruit *bruit muqueux*. En général, l'injection de l'air ne cause aucune douleur; au moins c'est ce qui a lieu dans tous les cas de phlegmasies chroniques; mais il n'en est pas de même dans les cas de phlegmasies aiguës, et cette différence est encore utile pour le diagnostic de l'affection dont on recherche la nature. Après avoir ainsi distingué les différens bruits qui accompagnent les injections d'air dans l'état normal et dans l'état pathologique, l'auteur met en évidence tous les avantages qu'on peut retirer de l'emploi de ce procédé pour établir le diagnostic et le prognostic des affections de l'oreille moyenne. Il cherche ensuite à déterminer si les injections d'air peuvent être employées comme moyen thérapeutique, et il pense qu'en les administrant à plusieurs reprises et pendant long-temps, elles peuvent être utiles dans les cas d'otite chronique, soit pour expulser les matières purulentes qui sont quelquefois amassées dans la caisse, soit pour dilater la trompe d'Eustache. »

Telle est en substance le contenu de la première partie de l'ouvrage du docteur Deleau. La seconde renferme soixante-dix observations qui viennent à l'appui des principes énoncés dans la première. A cette occasion, M. Savart fait remarquer que l'auteur y a compris, non-seulement les faits favorables à sa manière de voir, mais aussi ceux de non-réussite, et jusqu'aux accidens que l'emploi de la sonde et des

injections d'air paraissent avoir déterminés dans certaines circonstance.

Séance du 14 *décembre* — APPAREIL PROPRE A GUÉRIR LA RÉTENTION D'URINE CAUSÉE PAR LE GONFLEMENT DE LA PROSTATE. — M. le docteur Leroy d'Etiolles rappelle, dans une lettre, qu'il a lu, il y a trois mois, devant l'Académie, un mémoire dans lequel il exposait que la plupart des rétentions d'urine, attribuées généralement à la paralysie de la vessie, sont occasionnées par le gonflement d'une portion de la glande prostate. « Jusqu'à ce jour, dit-il, l'introduction de la sonde pouvait bien donner issue à l'urine retenue; mais la chirurgie ne possédait point encore de moyens de combattre efficacement la maladie elle-même qui durait pendant des années. J'ai dit que je croyais être parvenu, par un procédé très-simple, à guérir avec promptitude cette affection regardée presque comme incurable. J'ai dit en quoi le hasard m'avait servi pour cette découverte, et j'ai rapporté les guérisons que j'ai obtenues. (Voyez *Archives génér. de méd.*, tome XXI, page 462). Introduire dans la vessie une bougie creuse garnie d'un mandrin courbe, retirer le mandrin courbe, et glisser à sa place, dans la cavité de la vessie, une tige métallique droite pour redresser le canal et déprimer la portion de la glande prostate qui fait saillie au col de la vessie; tel est le procédé que j'ai mis en usage.

« J'avais, en rapportant le premier exemple de guérison obtenue par l'emploi de la sonde à redresser, parlé de la difficulté que l'on éprouve pour faire pénétrer une tige droite dans la cavité de la bougie primitivement introduite courbe : cette difficulté, M. le docteur Rigal l'a fait disparaître en imaginant la sonde à vis dont il a été parlé dans le rapport fait à l'Académie par M. le professeur Duméril. Comme tous les instrumens de M. Rigal, cette sonde à vis est très-ingénieusement conçue, et de plus elle remplit assez bien le but que son auteur s'est proposé. Cependant, après en avoir fait usage, j'ai reconnu qu'elle était susceptible de modification : elle est longue et difficile à construire; elle n'a pas plus de durée que les autres sondes de gomme; enfin, le rapprochement des fils en spirale qui forment écrou rend très-lente l'introduction du mandrin droit. Pour obvier à ces inconvéniens, j'ai fait construire le petit appareil suivant : il se compose d'une tige métallique droite, terminée d'un côté par un bouton en olive, de l'autre, par un pas de vis, d'un écrou disposé en entonnoir pour être reçu dans la cavité de la bougie creuse, et d'une manivelle. Cet appareil a l'avantage de pouvoir s'adapter aux sondes et bougies ordinaires, et déjà l'expérience m'a fait voir qu'il remplit parfaitement mes intentions. Dans le rapport fait à l'Académie sur les instrumens de M. Rigal, la sonde à redresser n'a été considérée

que dans ses rapports avec l'opération du broyement de la pierre, en ce qu'elle peut faciliter l'introduction des instrumens droits; c'était pour cela que M. Rigal avait fait construire sa sonde à vis; c'est dans ce but que j'avais moi-même imaginé ce procédé; mais il est, ainsi que je l'ai fait voir, d'autres circonstances dans lesquelles la sonde à redresser le canal est d'une application plus fréquente et plus importante. Déjà les exemples de prétendues paralysies de vessie guéries par l'emploi de ce moyen se multiplient, et, si mes espérances ne sont pas trompées, l'expérience en fera mieux sentir chaque jour les avantages. »

Interdiction des aliénés. — M. Cassini fils fait un rapport, en son nom et à celui de M. Flourens, sur le mémoire présenté par M. Brière de Boismont, relativement à l'état de la législation actuelle sur l'interdiction des aliénés. Le rapporteur passe sous silence la première partie de ce travail, qui sort tout-à-fait des attributions de l'Académie des sciences, et sur la seconde partie, qui est relative à l'interrogatoire que l'on fait subir aux malades, et à la nécessité de remettre cette formalité entre les mains de médecins assermentés, M. Cassini combat victorieusement les raisonnemens de l'auteur, qui lui paraît peu au fait de ce qui se passe dans les cas de cette nature.

Dactylologie alphabétique. — Le docteur Deleau jeune lit un mémoire intitulé : *Exposé d'une nouvelle dactylologie alphabétique et syllabique, indispensable aux personnes qui veulent commencer l'instruction des sourds-muets.* La dactylologie adoptée en France, basée sur les élémens de l'écriture ordinaire, partage et l'informe assemblage des lettres et leur nombre, qui a si peu de rapport avec les sons primitifs de la parole. Le sourd-muet le plus intelligent, le plus perfectible, n'y trouve ni moyen d'abréviation ni perfectionnement à apporter dans la pratique. La plupart des sons simples y sont figurés par deux et quelquefois trois positions de la main. Chaque mouvement nécessaire pour passer d'une position à une autre exige en général le concours du déplacement de plusieurs doigts et des mouvemens de la main entière. Ces inconvéniens et ces longueurs de la conversation, l'auteur a cherché à les éviter : son instrument est la main nue, ou mieux, munie d'un gant dont les doigts sont divisés par des traits qui correspondent aux articulations des phalanges des quatre derniers doigts. Le pouce est chargé d'indiquer les lettres; il sert de touche, dont chaque mouvement forme une syllabe composée de deux, trois, et quelquefois quatre signes alphabétiques; souvent même il représente un mot. L'alphabet, peint sur les phalanges, est la représentation exacte des élémens de la parole; chaque signe est l'image d'un son. Les voyelles occupent le bord radial des doigts; les consonnes sont placées sur leur face antérieure. On voit sur l'index

les sons sifflans *f, v, z, ch, j*; sur le médian, les linguaux *r, l, ill*; sur l'annulaire, les consonnes nasales *m, n, gn*; enfin, on lit sur l'auriculaire les sons explosifs *p, t, c* (dur), *b, d, g* (dur). Les voyelles *a, é, e*, et leurs dérivés *an, è, ai, en*, occupent le bord radial de l'index; *i, in, o, au, on, ou*, sont sur le doigt suivant; *u, un, ue, oi, y ï*, sont rangés sur l'annulaire, toujours au bord radial.

On voit par-là que cette dactylologie est une sorte de tachygraphie manuelle qui permet d'exprimer sa pensée avec bien plus de rapidité que par la méthode vulgaire dans laquelle il faut écrire chaque mot lettre à lettre.

Séance du 28 décembre. — L'ordre du jour amenant l'élection d'un membre dans la section de chimie, en remplacement de M. Vauquelin, l'Académie procède à cette élection : les candidats présentés par la section sont, 1.° M. Clément; 2.° MM. Pelletier et Sérullas, *ex æquo*; 3.° M. Laugier; 4.° M. Caventou. Après trois tours de scrutin, M. Sérullas obtient trente-deux voix sur cinquante six, et est proclamé membre de l'Académie.

L'Académie passe ensuite à l'élection du candidat qu'elle doit présenter pour la place de professeur de chimie au Jardin du Roi, vacante par la mort de M. Vauquelin. La section de chimie présente M, Chevreul; ce choix est confirmé à l'unanimité.

VARIÉTÉS.

Réclamation de M. Cas. Broussais, *sur l'article critique relatif à son Atlas historique et bibliographique de la médecine, par M. P.* ***

A M. le Rédacteur des Archives,

« Je viens de lire, dans le dernier Numéro des *Archives*, l'analyse de mon *Atlas historique et bibliographique de la médecine*, et je crois avoir droit de me plaindre de la manière dont elle est faite.

» D'abord une bonne moitié est consacrée à l'ouvrage de Choulant, ce qui était inutile, puisque c'est moi qui ai fait connaître cet ouvrage (1).

Réponse de M. P. ***

(1) Les tableaux de M. Choulant et l'atlas de M. C. Broussais, quoique n'étant pas précisément le même ouvrage, se ressemblent pourtant en beaucoup de points; or, quand j'avais à relever quelque

» En second lieu, on s'attache à prouver que ma bibliographie est incomplète, comme si j'avais eu l'intention de faire une bibliographie complète (1). Qu'on relevât les erreurs que je pouvais avoir commises dans cette partie, c'était un devoir du critique et je le remercie de m'en avoir signalé quelques-unes; mais il fallait prendre ma bibliographie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une partie accessoire (2).

» Cependant, Monsieur, l'on a négligé d'apprécier et de juger l'essentiel de l'ouvrage, ce qui en forme la base, ce qui en fait l'intérêt, s'il est vrai qu'il présente quelque intérêt (3).

---

défaut qui leur fût commun, j'avoue que j'étais bien-aise de pouvoir adresser mes critiques à un étranger. J'aurais cru que M. Broussais ne serait pas le dernier à s'en apercevoir, et ce n'est pas de lui que j'attendais des reproches à cet égard. C'est lui, dit-il, qui a fait connaître l'ouvrage de M. Choulant! Les personnes qui ont lu mon article et la préface de M. Broussais auront reconnu sans difficulté, si je ne me trompe, que ce n'est pas de cette dernière source que j'ai tiré ce que j'ai dit de l'ouvrage du prof. Allemand; en tout cas l'on aura vu que M. B. et moi ne connaissons pas ce livre de la même manière, puisqu'il le considère, sous certains rapports, comme un monument d'*érudition extraordinaire*, et que je n'y vois qu'une production vide et qui n'apprend rien, un croquis qu'on pourrait refaire avec une légère teinture d'histoire de médecine, et seulement un extrait des Bibliothèques de Haller.

(1) Il n'y a pas un mot dans mon article qui puisse faire soupçonner que ce que je reproche à la *Bibliographie de l'Atlas*, ce soit de n'être pas complète; et à moins que cet article ait prouvé que je ne sais pas même ce que c'est que *la Bibliographie médicale*, on doit croire que j'avais en vue d'autres défauts quand j'ai déclaré mauvaise cette partie de l'ouvrage de M. Broussais. J'ai fait entendre qu'on y pouvait trouver un bon article sur dix, et je crains bien que cette partie du jugement que j'ai porté ne fût la plus difficile à défendre.

(2) On aurait pu n'en pas parler si l'on avait eu à juger un *Atlas* seulement *historique*; mais puisque la *Bibliographie* a été jugée digne de figurer au titre de l'ouvrage, on serait en droit d'exiger qu'elle tînt dans le livre une place qui ne fît pas mentir ce titre; et en tout cas, quelque accessoire qu'on la suppose, cette condition ne saurait lui donner le privilège d'être fautive sans encourir les reproches de la critique.

(3) Je crois avoir apprécié et jugé l'*Atlas* sous les rapports principaux sous lesquels on puisse le considérer. A la vérité, mes jugemens sont exprimés avec un extrême laconisme; nous allons voir les

» Cet ouvrage est de forme nouvelle, et la première question qui devait se présenter au critique était celle de déterminer s'il était utile, s'il était possible de faire pour l'histoire de la médecine des résumés analogues à ceux de l'histoire politique des différentes nations dont le besoin est si impérieusement senti de nos jours; puis d'estimer si un tel résumé était de nature à pouvoir être présenté sous forme de tableaux (1), comme on l'a fait pour l'histoire politique (le comte de Las Cases) et pour celle de la littérature et des sciences en général (M. Jarry de Mancy).

» Venait ensuite une seconde question : mes esquisses de l'histoire générale de chaque branche de la médecine et de la marche de la science dans chaque période sont-elles exactes ? présentent-elles la considération philosophique de cette marche ? en un mot, dévoilent-elles le travail de l'esprit humain ; la succession et l'enchaînement des systèmes et des découvertes ?

» Enfin, troisième question : les découvertes que je rapporte aux différens auteurs leur appartiennent-elles en effet, les travaux que je leur attribue sont-ils bien incontestablement d'eux ?

» Si une chose m'étonne, Monsieur, c'est que votre critique ait prétendu juger mon *Atlas* sans traiter à fond aucune de ces questions sur lesquelles roule véritablement tout mon travail. Ne pensez-vous pas, Monsieur, qu'il serait de toute justice de se livrer à cet examen, que je réclame, au lieu de l'éviter, non pas dans l'espoir d'être trouvé sans défauts (je n'ai point la folie d'aspirer à une telle perfection), mais parce que je suis sûr et fort de la conscience avec laquelle j'ai fait mes résumés.

Casimir Broussais, D.-M.-P.

---

omissions que me reproche M. Broussais, et si, pour me justifier, je donne plus d'étendue à des critiques qui me semblaient devoir passer inaperçues à la faveur de leur brièveté, ce n'est pas moi qui l'aurai voulu.

(1) Personne, que je sache, ne conteste la possibilité de faire des résumés de l'histoire de la médecine. Du moins puis-je assurer que je ne suis pas de ceux qui pensent qu'on ne puisse en un moindre volume que le gros in-4.° de Leclerc, conduire cette histoire jusqu'à l'époque de Galien; j'admets encore que rien ne s'oppose à ce que le résumé de l'histoire d'une science soit présenté sous la forme d'un tableau synoptique; mais ce que je conteste (car sur ce point je n'ai pas changé d'avis depuis que j'ai rendu compte de l'*Atlas*), c'est que l'abréviation et la *synopsie* puissent aller jusqu'à réduire l'histoire de la pathologie et de la médecine-pratique à des dimensions qui lui permettent d'entrer dans un tableau d'une demi-feuille. Si le talent et

le travail pouvaient lui faire atteindre, sans l'anéantir, un tel degré de simplicité, je ne doute pas que M. C. Broussais n'y eût réussi; mais la nature des choses s'y oppose. J'ai dit pourtant, et je me plais à le répéter, que ses tableaux renferment des renseignemens historiques de détail en plus grand nombre qu'on ne pourrait le supposer à en juger par le volume de l'ouvrage. Mais si les indications qui ne demandent que quelques mots y ont pu trouver place en grand nombre, il n'en est pas de même de tout ce qui exige nécessairement quelques développemens. J'ai dit que les systèmes y étaient *indiqués*, et non *résumés*; j'ai ajouté que n'y voyais point les marques d'un travail fait d'après les sources. Ces points étant ceux contre lesquels M. Broussais paraît réclamer le plus vivement, je suis obligé de déduire les motifs de ma critique; je ne discuterai pas, j'exposerai un échantillon de l'ouvrage, et je laisserai le lecteur décider entre nous. Je choisirai, dans le tableau sur la médecine proprement dite, l'époque qui, à mon avis, se prêterait le mieux à la forme d'un résumé, celle qui s'étend depuis Hippocrate jusqu'à Galien. Ce qu'on trouve sur cette époque dans l'*Atlas* de M. Broussais pourrait remplir environ deux pages comme celle-ci. J'en copierai textuellement la plus grande partie.

Voici d'abord (1.re colonne) une vue générale de la marche de la médecine : « Lorsqu'à l'empire de la théocratie succède le règne de la philosophie, sur le sol de la Grèce, les sages commencent à raisonner librement sur l'homme. C'est alors que l'un d'eux (Hippocrate), guidé par son seul génie, observe l'homme souffrant, décrit les phénomènes sensibles du début, de la marche et de la terminaison des maladies, et pose quelques préceptes généraux, résumé des faits qu'il a vus. Mais l'impatience de connaître ce qui reste encore caché fait abandonner la marche sûre d'Hippocrate et prédominer l'esprit de spéculation : on veut deviner au lieu de conclure. Cinq cents ans se passent ainsi. »

Viennent ensuite (2.e colonne) des aperçus sur les grandes divisions de cette époque de l'histoire :

« Hippocrate, profitant de l'expérience des temps antérieurs et de la sienne propre, forme un ensemble de connaissances sur les maladies de l'homme et leur traitement; Asclépiade lui-même fait de son art une propriété publique. (Choulant dit : « *Asclépiade lui-même, il* dédaigne l'exercice secret de son art, et il en fait une propriété publique », ce qui est bien différent.) Ses sectateurs (Choulant dit mieux : ses *successeurs*), en fondant l'école *dogmatique*, y introduisent l'esprit de spéculation. Bientôt à Alexandrie s'élèvent deux écoles rivales : *l'Empirique*, qui se fonde sur l'expérience et l'analogie des symptômes, et qui prétend suivre les traces d'Hippocrate; et la *Nou-*

celle *dogmatique*, qui étudie les causes occultes et subordonne le traitement aux spéculations théoriques; puis paraît à Rome l'école *méthodique*, rivale des deux autres, qui rejette l'étude des causes et se fonde sur le strictum et le laxum des molécules organiques, seules indications communes; enfin, l'école *éclectique* vient réunir l'empirisme, le méthodisme et le dogmatisme; elle domine, et les autres ne conservent plus que des sectateurs isolés. »

La forme de l'atlas ne pouvant être reproduite ici, nous ne pourrions transcrire, sans l'altérer, le contenu de la troisième colonne du tableau. Le paragraphe précédent s'y trouve répété sous divers articles, et, si l'on excepte quelques mots sur les travaux particuliers de vingt médecins (cinq ou six mots sur chacun), le reste se réduit aux *développemens* qu'on va lire sur chacune des écoles qui viennent d'être nommées.

« Hippocrate, de Cos; quatre humeurs : sang, phlegme, bile et atrabile, dont le défaut de proportion constitue les maladies. Description fidèle des symptômes. Doctrine des crises fondée sur un travail de coction et d'élimination des humeurs. Méthode expérimentale.

« Ancienne école dogmatique, fondée par Thessalus et Dracon, fils d'Hippocrate, et par Polybe, son gendre; physique de Platon. (Or, à l'article Platon, voici tout ce qu'on trouve : spéculations sur la pathologie; doctrine humorale).

« Ecole empirique. Philinus de Cos, fondateur. Une maladie est une réunion de symptômes; l'étude des causes ocultes, de l'anatomie et de la physiologie, doit être remplacée par l'expérience, de laquelle on conclut, au moyen de l'analyse et de l'induction.

« Nouvelle école dogmatique. On y admet les dogmes des stoïciens et d'Erasistrate (déviations des humeurs et du pneuma); on y étudie les causes occultes, la physiologie et l'anatomie.

« Ecole pneumatique. Athénée, d'Attalie, fondateur, combat Asclépiade; maladies par altération des humeurs et du pneuma.

« Ecole méthodique. Thémison, fondateur, disciple d'Asclepiade (Asclepiade, système mécanique fondé sur lo jeu, la combinaison des atomes), explique les phénomènes physiologiques et pathologiques par le *strictum* et le *laxum* des pores organiques; néglige l'étude des causes.

« Ecole éclectique. Agathinus, de Sparte, fondateur, rapproche l'empirisme et le méthodisme. »

Voilà, sur les cinq siècles qui embrassent, jusqu'à Galien, tous les travaux scientifiques de la Grèce, le tableau dans lequel M. C. Broussais a cru pouvoir *présenter la considération philosophique de la marche de la science, et dévoiler le travail de l'esprit humain, la*

succession et l'enchaînement des systèmes et des découvertes. L'auteur de l'*atlas* me reproche de n'avoir pas même songé à me demander s'il a atteint sous ce rapport le but qu'il s'était proposé. Cependant, j'ai déclaré en propres termes qu'y réussir, en se renfermant dans le cadre de l'atlas, était chose impossible; j'ai dit de plus : « Les doctrines principales y sont *indiquées*, je ne dis pas *résumées*, parce que je ne trouve sur chacune d'elles que quelques mots tout-à-fait insuffisans pour les faire connaître, et que je n'aperçois nulle part des traces d'un travail fait d'après les sources. » Ici, je crois, peu de mots suffiront pour prouver que je n'ai pas critiqué sans examen, et peut-être aussi que, si je puis être accusé de quelque chose, ce n'est pas de sévérité. Ou je me trompe fort, ou la plupart des lecteurs penseront avec moi que les notices précédentes de M. Broussais sont tout-à-fait insuffisantes pour faire connaître les doctrines qui y sont nommées. Quant à ceux dont la perspicacité serait telle qu'ils pussent se faire une idée de ces doctrines sur d'aussi courts renseignemens, qu'ils voient jusqu'à quel point cette idée serait exacte.

A l'époque où parut Hippocrate, les spéculations hardies des philosophes, embrassant tout le domaine des sciences, avaient envahi la médecine. On procédait par hypothèses à l'étude de la nature; des systèmes *à priori* expliquaient la vie de l'homme et ses dérangemens. Hippocrate sépara la médecine de la philosophie (*Voyez* Celse et tous les historiens, ceux même qui n'ont pas compris en quoi consista cette séparation); c'est-à-dire qu'il reconnut que la méthode suivie par les philosophes ioniens, pythagoriciens, éléatiques, n'était pas celle qui pouvait conduire, en médecine, à des connaissances pratiques. Mieux instruit que ses devanciers des lois de l'entendement, il vit bien que la science n'existe pas d'elle-même dans l'esprit de l'homme, et que l'observation ou l'exercice des sens peut seul l'y faire pénétrer. C'est par la découverte et le développement, mais surtout par l'application de ce principe, qu'il s'est acquis une gloire impérissable. C'est là ce qui caractérise son époque, et presque la seule chose que l'histoire doive signaler parmi ses travaux. Eh bien! M. Broussais n'en dit pas un mot. Bien plus, la première chose qu'il fait dans son article, c'est de montrer Hippocrate systématisant à la manière des philosophes. « Hippocrate, de Cos; quatre humeurs; sang, phlegme, bile et atrabile, dont le défaut de proportion constitue les maladies. » Il est impossible de faire ici l'exposition du *naturisme* qui constitue la véritable doctrine d'Hippocrate; mais j'en ai dit assez de la logique de ce grand homme, et ses principes sont trop connus pour qu'on refuse de convenir que l'article de M. Broussais manque d'exactitude. Y en a-t-il davantage dans celui que cet historien a consacré à *l'ancien dogmatisme*. « Spéculations sur la pathologie, dit-il, doc-

trine humorale. » Il y a tant de doctrines humorales, et de si diverses, que ces expressions ne disent rien; et en tout cas, quel que soit le sens que M. C. B. y attache, on pourra toujours lui demander en quoi l'*ancien dogmatisme* diffère de la doctrine qu'il attribue à Hippocrate.

M. C. Broussais n'a pas mieux réussi à caractériser la doctrine établie par Philinus de Cos. « Ecole empirique, dit-il, une maladie est une réunion de symptômes. » Ce n'est point cela. Les empiriques disaient : nous ne pouvons connaître, d'une maladie, que ses phénomènes sensibles; sa cause prochaine, sa nature, seront éternellement inabordables pour nous. Or, ce principe ne ressemble nullement à celui que leur prête M. Broussais. Je suis obligé de renvoyer à Celse et à Cœlius Aurelianus ceux qui voudraient des preuves directes de ce que j'avance; mais voici qui pourra suffire à beaucoup d'autres : l'école empirique reconnaissait le scepticisme pour la base philosophique sur laquelle elle s'appuyait; or, les sceptiques, en soutenant que la connaissance humaine ne repose que sur des *apparences*, admettaient des *réalités*. Les symptômes sont les *apparences*, et la maladie la *réalité*, dont nous ne connaissons que les symptômes.

« Nouvelle école dogmatique. Déviations des humeurs et du pneuma.

« Ecole pneumatique. Altération des humeurs et du pneuma.

On demandera sans doute à M. Broussais en quoi consistent précisément ces deux doctrines et en quoi different-elles ?

Ce n'est plus seulement de l'obscurité, c'est de l'inexactitude qu'on trouve dans l'article suivant :

« Ecole méthodique. Thémison, fondateur, explique les phénomènes physiologiques et pathologiques par le strictum et le laxum des pores organiques, néglige l'étude des causes. » Il y a bien des erreurs dans ce peu de mots. D'abord le méthodisme n'est point un système *d'explications*; c'était tout simplement l'application à la médecine de la *méthode* par excellence, de la méthode épicurienne, de la méthode expérimentale. Etudier tous les phénomènes observables des maladies, les rapprocher les uns des autres suivant leurs analogies, abstraire ce qu'ils ont de commun, *communitates morborum*, et considérer ces *communautés* comme représentant pour nous la nature des maladies, voilà la logique des méthodistes. L'application de ces procédés à l'étude des phénomènes morbides, les avait conduits à reconnaître dans toutes les maladies deux caractères qui les divisaient en deux grandes classes, *strictum* et *laxum*, pouvant exister isolés, ou simultanément en différens points d'un même organisme, *mixtum*. Ces termes impliquent la notion d'un état moyen, *communauté* des phénomènes de la santé, dont l'admission nous est

du reste directement démontrées par des documens authentiques. Que les méthodistes se soient ou non arrêtés au point convenable dans leur analyse, qu'ils aient rencontré juste ou qu'ils se soient trompés dans la détermination des élémens pathologiques, ce n'est pas ce que nous avons ici à examiner; mais prétendre qu'au lieu de philosopher suivant la méthode que je viens d'exposer, ils ont, à l'exemple des dogmatiques qu'ils combattirent, et d'Asclépiade, avec lequel ils n'ont de commun que le matérialisme, imaginé un système *à priori*, et tout *expliqué* par le *strictum* et le *laxum* des *pores organiques*, c'est ce qui est réfuté cent fois dans Cœlius-Aurélianus; et ce qui l'est assez dans la seule phrase suivante, pour qu'on puisse se dispenser d'en citer d'autres. Asclépiade avait défini la phrénesie : *Corpusculorum statio, sive obstrusio in cerebri membranis frequenter sine sensu, cum alienatione, et febribus. Melius erat*, dit Cœlius-Aurelianus, *ut manifestis et consequentibus verbis intelligendam traderet passionem et non per* OCCULTAM *atque* DISSONANTEM OBSTRUSIONEM. (*Acut. morb.*, l. I, cap. 1.)

M. Broussais a encore tort de prétendre que les méthodistes négligeaient l'étude des causes. Ils disaient seulement, et ce n'est pas à un élève de la doctrine physiologique qu'il appartient de contredire ce principe, que la différence des causes n'implique pas nécessairement la différence de la nature des maladies, et ils ne faisaient que combattre une erreur des empiriques, quand ils disaient : *Non enim curatio, pro differentiâ antecedentium causarum mutanda accipitur*, (Cœl.-Aur., tom. I, p. 80, éd. Haller.).

Des différentes doctrines dont M. Broussais a parlé, il ne reste plus que *l'éclectique*, et j'ai le regret de ne pouvoir non plus laisser passer ce qu'il en dit, sans une remarque critique. « Cette école, dit l'auteur de l'atlas, combine le dogmatisme, l'empirisme et le méthodisme, etc. » Que le nom de l'école en question ait promis quelque chose d'approchant, je le veux bien, tout absurde que soit un pareil projet; mais d'admettre que ce projet ait été accompli, qu'une école ait combiné les principes de *l'ancien dogmatisme* avec ceux des *empiriques* et des *méthodistes*, quoiqu'il y ait contradiction dans les termes, c'est ce qu'on ne pourrait faire qu'autant qu'on aurait juré de se payer de mots, et de suivre sans examen quelques compilateurs qui l'ont dit sans comprendre ce qu'ils écrivaient. La vérité est que l'école qui se dit éclectique suivait le pneumatisme en théorie, et recevait sans critique, au lit du malade, des règles de conduite des doctrines les plus disparates. Il n'y eut donc jamais et il ne put pas y avoir une *doctrine vraiment éclectique*, mais les successeurs d'Archigènes qui prirent ce nom prétentieux, se firent remarquer par un syncrétisme pratique plus propre à dé-

montrer leur crédulité que l'excellence de la philosophie dédaigneuse dont ils suivaient les principes. (Spiritualisme ou pneumatisme.)

J'arrive au terme de la tâche que je me suis imposée, mais non de celle dont M. Broussais aurait voulu charger quiconque entreprendrait de juger son atlas. Il aurait fallu, suivant lui, *traiter à fond* plusieurs questions dont quelques-unes seulement sont à peine effleurées dans ce qui précède. Je reculerais assurément devant une telle obligation, quand je ne craindrais pas d'avoir dès à présent fatigué la patience des lecteurs des *Archives*, qu'on n'est pas habitué à tenir si long-temps arrêtés sur l'analyse d'un seul ouvrage.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Ma surprise a été extrême, en lisant les *Archives générales de Médecine* (cahier d'août 1829), article *Compte rendu de la séance de l'Académie royale de Médecine*, du 28 juillet dernier, section de médecine), de voir que dans l'analyse d'un Mémoire sur les dothinentéries endémiques qui avaient régné à Rennes, pendant les quatre derniers mois de l'année 1828, que j'avais adressées à ce corps savant, on me faisait conclure : *que dans les cas de symptômes cérébraux je préférais aux vésicatoires d'abondantes frictions mercurielles*. Je suis fâché que M. le rapporteur ne se soit pas donné la peine de lire un peu plus attentivement mon travail; il ne m'eût pas fait dire gratuitement une sottise, et il m'eût évité le blâme qu'il deverse à juste titre sur une conclusion aussi étrange et aussi hypothétique que celle qu'il me prête.

En conséquence, je vous prie de vouloir bien rétablir les faits, en faisant observer à M. le rapporteur, 1.° que la remarque très-succincte du cas dans lequel les frictions mercurielles furent prescrites à haute dose et avec assez de succès, est en quelque sorte exceptionnelle. 2.° Que la prédominance et la gravité des accidens cérébraux purent seules autoriser à essayer un traitement aussi empirique. 3.° Enfin, que loin d'en préconiser l'usage pour tout autre, j'ai signalé les graves accidens, tels que salivation longue et ulcération mercurielles qui en furent les résultats. Au surplus, Monsieur le Rédacteur, en publiant mon Mémoire dans l'un de vos prochains cahiers, j'espère mettre vos lecteurs à même d'apprécier la justice de ma réclamation.

Je suis, etc.

TOULMOUCHE, D.-M.-P.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur l'asthénie; par J. L. Brachet, *médecin de l'Hôtel-Dieu et de la prison de Roanne de Lyon, membre de l'Académie royale de Médecine, de la Société médicale d'Emulation, etc. Ouvrage couronné par la Société royale de Médecine de Bordeaux. Paris et Montpellier, chez Gabon.* 1829, *in*-8.° 206 *pp.*

Existe-t-il un état asthénique primitif? S'il existe, en indiquer les les caractères, et l'étudier dans les divers organes. Telle est la question proposée par la Société de médecine de Bordeaux, à laquelle M. Brachet a essayé de répondre. Si l'on voulait soumettre à un examen approfondi tout ce qui se rattache à ce problême, on aurait à traiter le point le plus ardu des doctrines médicales, et à scruter les fondemens de la théorie de la vie, la plus généralement admise. Mais la Société de Bordeaux n'a pas prétendu remettre en discussion des principes sur lesquels presque tout le monde est d'accord. Elle admet pour point de départ l'existence d'un état morbide *sthénique*, sur lequel naguères une foule de médecins, et aujourd'hui même quelques disciples d'une école célèbre font rouler toute la pathologie. Considérée sous ce point de vue, la question indiquée est encore vaste et difficile. L'asthénie constitue-t-elle un *élément* morbide? Y a-t-il des cas dans lesquels elle ne soit point la suite d'un autre état morbide antérieur? S'il en est, quels sont les caractères que présente l'asthénie primitive dans les divers organes, et qui la distinguent de la faiblesse symptômatique ou consécutive? Celui qui aurait donné une solution précise à ces divers problêmes pourrait se flatter d'avoir fait faire un grand pas à la médecine. M. Brachet ne l'a point fait, mais son mémoire contient plusieurs élémens d'une solution. Nous allons faire connaître quelques-unes de ses principales idées.

Il faut savoir d'abord que, d'après le médecin de Lyon, les différentes parties qui composent un animal ne vivent que par l'influence des appareils des nerfs cérébraux et ganglionnaires, ou plutôt que ces appareils vivent dans chaque organe. Le sang anime incessamment leur activité, et entretient la composition des parties. Tout le reste est secondaire dans l'économie, et c'est à ces trois sources qu'il faut remonter pour trouver la cause des phénomènes de la santé et des désordres de la maladie. Ceci posé, on comprendra facilement la marche que l'auteur a suivie.

Deux individus sont frappés, l'un d'immobilité complète et de suspension totale des facultés intellectuelles, l'autre seulement d'engourdissement et d'une diminution notable dans les sensations et dans les actes de la volition. Cette suspension, cette diminution de fonctions, cet état asthénique, ne portent que sur des actes qui sont sous la dépendance du cerveau : c'est donc dans cet organe que réside la cause de la faiblesse. Chez les deux sujets le sang paraissait porté avec violence à la tête, l'un et l'autre ont été guéris par la saignée : il est donc probable que c'est parce que le cerveau était comprimé par le sang, que les muscles avaient perdu leur puissance contractile, les sens leur impressionabilité. La compression momentanée des jugulaires produit pour quelques instans, chez un enfant, un état analogue ; la ligature des mêmes vaisseaux qu'on serre et qu'on relâche alternativement, sur un chien, a le même effet, aussi bien que la compression directe du cerveau après le trépan ; nouvelles preuves de la proposition qui vient d'être établie.

L'apoplexie, l'hydrocéphale, etc. sont dans le même cas. Des faits de ce genre, rapportés ou cités par l'auteur, il conclut que toute cause pathologique ou mécanique qui agit sur l'encéphale de manière à suspendre ou à affaiblir ses fonctions, exerce une influence directe sur les fonctions qui dépendent de lui, et les affaiblit ou les suspend, sans exercer sur les fonctions présidées par le système ganglionnaire aucune influence directe, à moins qu'elles ne soient en quelque sorte mixtes, et ne nécessitent le concours des deux systèmes nerveux. Cet affaiblissement, cette suspension des fonctions indiquées, en constitue l'asthénie.

Il n'y a rien de bien neuf dans cette partie du mémoire de M. Brachet, et il ne répond que bien indirectement à la question ; mais on y trouve deux remarques étrangères au sujet, qui méritent d'être indiquées : la première, c'est que la rougeur de la langue n'est point un apanage exclusif de la gastrite, comme le démontrent des faits rapportés dans ce mémoire ; la seconde est une explication ingénieuse du retour de la connaissance, quelques instans avant la mort, chez les apoplectiques, dans l'hydrocéphale aiguë, etc. Lorsqu'un épanchement apoplectique se forme, dit l'auteur, le cerveau devient un centre de fluxion et le siége d'une pléthore locale considérable, qui ajoute à la compression de l'épanchement. Lorsque la vie est près de s'éteindre, que la circulation languit, que le cœur ralentit ses contractions, et ne pousse plus au cerveau qu'une bien faible quantité de sang, la pléthore vasculaire cesse, le cerveau reprend momentanément l'exercice de ses fonctions, autant du moins que peut le permettre l'épanchement réel (p. 32.) Ce phénomène n'est point rare, dit ailleurs (p. 42) M. Brachet, et j'ai eu occasion de l'obser-

ver bien des fois. Il constitue cet état de lucidité intellectuelle des agonisans, auquel les philosophes, et surtout les métaphysiciens, ont attaché une grande importance, en le regardant comme les derniers efforts de l'ame pensante, avant sa séparation de sa prison charnelle.

M. Brachet passe ensuite aux cas d'asthénie dont la cause est dans le sang. Les modifications de ce fluide capables de déterminer l'asthénie sont : sa diminution par une hémorrhagie excessive; les obstacles que mettent à son cours les rétrécissemens, l'oblitération des vaisseaux ou des orifices du cœur; son altération par défaut d'hématose, comme dans la pneumonie, et certains catarrhes chroniques des vieillards, par vice d'alimentation, comme dans le scorbut et la chlorose, par respiration de gaz non vivifians ou toxiques, d'une atmosphère chargée d'emanations putrides on morbifères, par intromission directe ou absorption de matières virulentes. Cette partie du mémoire est la plus riche en détails intéressans; mais c'est aussi par-là même celle dont il est le moins possible de donner une idée par une courte analyse. Tout ce que nous en ferons connaître, ce sera le résultat d'une expérience tentée par M. Brachet pour déterminer la part que peut avoir le défaut d'hématose dans la production des symptômes asthéniques qui suivent la pneumonie. Sur un jeune dogue, il mit à découvert la bronche gauche avec assez de bonheur pour ne léser aucun vaisseau important. A l'aide d'une aiguille courbe et mousse, il l'entoura d'une ligature un peu longue. Avec le serre-nœud de Desault, il comprima suffisamment pour intercepter la respiration dans le poumon gauche. Il coupa la patte à l'animal; le sang artériel jaillit avec force; une ligature en modérait à volonté le jet. Peu à peu la couleur de ce liquide fut moins vive, et l'animal se débattit avec moins de force; enfin, il resta presque immobile : il ne se secouait que faiblement lorsqu'on irritait les plaies. La ligature de la bronche fut lâchée, le sang reprit subitement la qualité rutilante qu'il avait perdue, et l'animal se débattit avec beaucoup plus de force. On serra de nouveau la ligature, le sang perdit encore de son éclat, et au bout d'une demi-heure l'animal se trouva beaucoup plus affaibli. La ligature fut lâchée, et tout rentra dans l'ordre.

Les observations relatives à l'asthénie dont la cause est dans le système nerveux ganglionnaire, ne sont pas fort claires. M. Brachet ne se montre pas sévère dans la discussion des preuves qui tendent à faire jouer un rôle important à un système pour lequel il paraît avoir une prédilection marquée.

Les principales conclusions du mémoire sont les suivantes : *Comme il n'y a aucun organe qui ne reçoive des nerfs cérébraux et ganglionnaires, et qu'aucune fonction ne s'exécute que par leur ministère et sous leur influence*, l'asthénie commence toujours par ces systèmes.

Elle peut se faire sentir dans tous les organes à la fois : alors elle est générale; les deux systèmes nerveux sont également affectés.

Le plus souvent elle se borne à l'un des deux systèmes nerveux alors elle est limitée à l'ordre des fonctions auxquelles préside ce système, ou à quelques-unes seulement des fonctions de cet ordre.

La lésion de l'un des systèmes nerveux qui produit l'asthénie peut être idiopathique, sympathique ou humorale, c'est-à-dire par altération du sang.

L'auteur termine en disant que l'asthénie n'est qu'un phénomène, un symptôme, et qu'elle ne peut donc pas être un état primitif. Si l'on disait à M. Brachet qu'il n'a fait que déplacer la question ; qu'il n'est pas bien étonnant que celui qui ne voit, dans l'action régulière d'un organe sain, qu'un *effet* de l'influence que reçoit cet organe de la part des systèmes nerveux, ne voit non plus qu'une *conséquence* dans l'état morbide asthénique de la même partie; mais qu'il lui reste à démontrer que les systèmes nerveux ne peuvent pas être primitivement atteints d'asthénie, je ne sais ce qu'il répondrait. Je me trompe, il l'a déjà dit, quoique ce soit directement contraire à ses conclusions : c'est que l'asthénie peut être un état primitif, mais seulement dans les systèmes nerveux. Malgré cette singularité, le mémoire du médecin de Lyon est fort digne d'être lu.

Les merveilles de la nature humaine, ou description des êtres phénomènes les plus curieux, les plus remarquables qui ont paru sur la surface du globe depuis le commencement du monde jusqu'à ce jour ; tels que géans, nains, hermaphrodites, satyres, monstres, et généralement d'hommes et femmes bizarrement conformés, ou doués de facultés extraordinaires ; par A. Antoine (de Saint-Gervais) ; *avec des notes de M.* Demerson, *doct.-médecin de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion-d'honneur. Paris*, 1829. *In-12, avec six fig.*

Recueil de faits, dépourvus pour la plupart d'authenticité, et rapportés avec une crédulité vraiment remarquable. A la suite d'histoires plus ou moins fabuleuses, on est tout étonné de trouver celle de *l'homme à la longue barbe*, bien connu des promeneurs du Palais-Royal. Grâces à M. Antoine (de Saint-Gervais) voilà cet individu classé parmi *les merveilles de la nature humaine.*

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1830.

Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë observée chez l'adulte; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (III.e article.)

VI.e *section. — Maladies cérébrales variées, dont les symptômes ont offert de la ressemblance avec ceux de l'hydrocéphale aiguë ou chronique, sans présenter néanmoins les caractères anatomiques de cette affection.*

Obs. XXI.e — Une fille, âgée de vingt-six ans, de l'état de brunisseuse, forte et bien constituée, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 17 novembre 1829. Elle racontait que, depuis huit mois, ses règles étaient beaucoup moins abondantes que de coutume, et ne duraient pas au-delà de 24 à 36 heures, au lieu de cinq jours, comme cela lui était habituel. Cet état de dysménorrhée avait été suivi, peu de temps après, d'un violent mal de tête, qui se dissipa, au bout de quinze jours, sous l'influence de quelques sangsues appliquées aux cuisses, mais reparut de loin en loin, et quelquefois à un degré assez vif pour empêcher la malade de vaquer à ses occupations. Enfin, il y a huit jours, la céphalalgie est devenue beaucoup

plus violente, accompagnée de bouffées de chaleurs vers la face, de bourdonnemens dans les oreilles, et de vomissemens spontanés qui se sont répétés par deux fois différentes. Des bains de pieds ont été le seul traitement employé par la malade. Voici quel était son état lors de son entrée à l'hôpital : Douleur se faisant sentir dans toute l'étendue du crâne, sur le front comme vers l'occiput, redoublant par momens avec une violence extrême, et comparée par la malade à celle qui résulterait d'une pression exercée sur les parties latérales de la tête avec deux barres de fer; sifflement dans les oreilles, qui sont affectées désagréablement par le moindre bruit; vue trouble, bluettes et fausses lueurs devant les yeux; sensibilité contre-nature de la part de ces organes à l'impression de la lumière; face resserrée et comme plissée entre les deux sourcils, surtout dans les redoublemens de la douleur : d'ailleurs la langue est humide et naturelle, la peau fraîche, la respiration calme; mais le pouls est petit, faible, inégal; il ne donne que 50 pulsations par minute. (*20 sangsues derrière les oreilles; calomel gr. ij en deux prises; lavement purgatif; tisane de tilleul et de feuilles d'oranger.*) Le 18, soulagement, cinq heures de sommeil, dont la malade n'avait point encore joui depuis huit jours; face plus ouverte que la veille; céphalalgie moins vive; pouls à 60 pulsations par minute, toujours petit et inégal; deux selles après l'administration du calomel. (*Même prescription : 20 sangsues.*) Pendant la journée, retour de la céphalalgie à sa première acuité, vomissement de quelques cuillerées de bouillon introduites dans l'estomac : insomnie la nuit suivante. Le 19, douleur de tête concentrée, principalement sur la région frontale, avec élancemens et redoublemens; il semble à la malade qu'un anneau de fer comprime son crâne; yeux larmoyans; pupilles de largeur moyenne et mobiles à l'approche de la

lumière; vue confuse; diplopie; face triste, d'ailleurs assez naturelle dans son expression et sa coloration; pouls à 50 pulsations par minute, et conservant les caractères indiqués précédemment. (*Même prescription. Point de sangsues.*) Le 20, pas le moindre changement. (30 *sangsues à la base du crâne; calomel gr.* ij.) Soulagement momentané après l'application des sangsues, deux heures de sommeil; plusieurs selles liquides verdâtres précédées de coliques. Le 21, céphalalgie un peu moins intense que les jours précédens, revenant toutefois par élancemens très-vifs qui se font sentir depuis la racine du nez jusqu'au milieu du front; sifflement continuel dans les oreilles; strabisme convergent de l'œil droit; cécité presque complète de cet œil. Une chandelle allumée, placée en face du lit de la malade, lui paraît double ou triple; cette erreur de la vision se répète chaque fois qu'elle regarde un objet éclairé; pupilles un peu plus larges que dans l'état naturel; respiration calme, mais parfois suspirieuse; langue un peu rouge et desséchée à son centre; vomissement à la suite de la prise d'un verre d'eau sucrée; pouls à 52 pulsations par minute. (*Calomel gr.* iij; *lavement purgatif.*) Le 22, nuit très-mauvaise; point de sommeil; douleur de tête atroce, occupant spécialement aujourd'hui les deux tempes; mêmes illusions de la vision que la veille, même convergence de l'œil droit; coloration rouge foncée de la joue du même côté: du reste, la malade conserve la plénitude de ses facultés, et rend parfaitement compte de ses sensations. (20 *sangsues aux tempes; calomel gr.* iij.) Les 23 et 24, aucun autre changement, si ce n'est que le pouls est moins faible, moins lent et moins inégal que les jours précédens: du reste, il est à remarquer que c'est principalement pendant la nuit que la céphalalgie s'exaspère; on recommande en conséquence d'appliquer sur le soir 20 sangsues à la base du

crâne. Le 25, cris aigus, répétés, faisant retentir toute la salle, accompagnés d'exclamations *ha! hélas! mon Dieu que je souffre;* ces cris se sont fait entendre pendant toute la nuit; joues colorées d'un incarnat assez vif; pupilles assez larges, contractiles néanmoins à l'approche d'une lumière, mais maintenant difficilement leur contraction, et s'élargissant de nouveau après s'être resserrées; connaissance entière; pouls notablement faible, inégal et à 60 pulsations par minute; point de rigidité dans les membres. Pendant la journée, trois applications de glace sont faites sur la tête d'heure en heure; la malade semble en retirer d'abord quelque soulagement; mais à la quatrième application, elle se débat, s'agite, éprouve quelques divagations qui consistent en paroles interrompues qu'elle adresse à des personnes absentes, prenant sa voisine pour sa sœur, qu'elle appelle à grands cris. Le 26, plus de cris, plus de plaintes relatives à la douleur de tête; mais affaissement; tendance à l'assoupissement; réponses difficiles; respiration suspirieuse, inégale; pouls à 54 pulsations par minute; face douloureusement anxieuse; paupières closes; conjonctives injectées. (*Nouvelle application de glace sur la tête, faite d'une manière intermittente comme hier; de plus, séton à la nuque.*) Le 27, torpeur et engourdissement plus prononcés; décubitus latéral; apparences d'un sommeil calme et profond, duquel on ne retire la malade qu'avec peine : du reste, aucun signe de paralysie dans les membres; pouls à 60 pulsations par minute. (*Continuation de la glace sur la tête; calomel gr.* iv.) Le 28, assoupissement continuel; perte de la connaissance; commissures des lèvres un peu tiraillées à droite; mouvemens des membres faibles; plusieurs selles liquides d'un vert porracé; pouls à 70 pulsations par minute. (*Même prescription.*) Le 29, coma; perte des facultés intellectuelles et de celles de

rapport; résolution complète et flaccidité des membres tant à droite qu'à gauche; insensibilité à toutes sortes d'excitations; respiration embarrassée, stertoreuse, se faisant en grande partie par le moyen du diaphragme; mouvement des lèvres comme quand on fume la pipe; face livide s'injectant en noir; cornées recouvertes de stries muqueuses; pupilles de deux lignes au plus de largeur, entièrement immobiles; pouls d'une fréquence extrême, allant à 160 pulsations par minute; 58 inspirations dans le même espace de temps. (30 *sangsues à la base du crâne.*) Le 30, même état de coma et de résolution générale; toutefois la face est moins vultueuse, la respiration moins embarrassée que la veille; mais le pouls est filiforme et presqu'insensible; mort à une heure après midi.

Ouverture du cadavre 36 heures après la mort. — *Extérieur.* Peu d'amaigrissement, faible rigidité cadavérique. — *Cerveau et moelle épinière.* Os du crâne d'une épaisseur ordinaire et faciles à rompre; dure-mère tendue et emboîtant exactement le cerveau; circonvolutions aplaties et comme rasées à leur sommet, rapprochées et pressées les unes contre les autres; arachnoïde ne contenant pas une seule goutte de liquide dans toute sa cavité, exempte, du reste, de traces d'inflammation; pie-mère collée immédiatement aux circonvolutions, d'un rouge assez foncé et comme ecchymosée en certains points, couleur qui provenait de l'injection ramusculaire de ses nombreux vaisseaux; cette membrane s'enlevait d'ailleurs assez facilement et ne présentait aucun vestige de suppuration ou d'infiltration séreuse à sa surface. Substance cérébrale faiblement ponctuée en rouge, peu humide et d'une consistance fort remarquable, plus dure et plus résistante à la pression que dans l'état naturel, supportant une traction assez prolongée sans se rompre, endurcie,

en un mot, presque à la consistance du blanc d'œuf cuit. Cet endurcissement existait à degré à peu-près égal dans toute l'étendue de ce viscère, excepté dans trois à quatre points de la superficie des circonvolutions, où se voyait un commencement de ramollissement joint à une couleur rougeâtre violacée de la substance cérébrale. Du reste, nulle autre altération appréciable dans tout l'encéphale. Ventricules cérébraux tellement coarctés par le rapprochement de leurs parois, que ces cavités ressemblaient à deux sinus étroits de moitié moins étendus que dans l'état naturel; couches optiques appliquées l'une contre l'autre, et comme affaissées et rappetissées par suite de ce rapprochement; plexus choroïde et toile choroïdienne offrant une injection et une rougeur analogues à celles de la pie-mère extérieure; cloison interventriculaire ferme et résistante; d'ailleurs, aucune trace d'épanchement, pas même un seul atôme de sérosité dans les ventricules, non plus qu'à la base du crâne, après l'extraction du cerveau de sa boîte osseuse. Cervelet d'une consistance ordinaire, n'offrant aucune altération; moelle épinière à l'état sain dans toute sa longueur; deux à trois cuillerées d'un fluide séreux un peu trouble dans le canal vertébral; méninges rachidiennes exemptes de toute lésion; viscères pectoraux et abdominaux dans l'état naturel.

La maladie dont nous venons de rapporter l'histoire est, de toutes les affections cérébrales, celle dont les symptômes offrent le plus de ressemblance avec ceux de l'hydrocéphale aiguë. Cette maladie présente néanmoins des caractères anatomiques fort différens de ceux de l'hydrocéphale. Au lieu d'un épanchement avec dilatation considérable des ventricules, on trouve, au contraire, une sécheresse et une coarctation remarquables de ces cavités; au lieu d'une mollesse et d'une laxité particulière de la substance du cerveau, comme on le remarque dans

l'hydrocéphale, c'est une consistance et un endurcissement contre-nature de ce viscère; c'est, en un mot, une véritable hypertrophie aiguë de tout le parenchyme cérébral, dont la masse accrue de volume s'est trouvée à l'étroit dans son enveloppe résistante (ce que dénote l'aplatissement des circonvolutions), de la même manière que si un épanchement abondant se fût formé dans les ventricules. Il resulte de là que les phénomènes de compression ont dû se montrer à-peu-près sous la même forme que ceux de l'hydrocéphale : douleur de tête vive, exacerbante, compressive, accompagnée de cris aigus, de troubles particuliers dans l'ouïe et la vision, vomissemens sympathiques, lenteur du pouls, inégalités de la respiration; enfin, coma et résolution générale, sans délire et presque sans fièvre. Ces phénomènes sont tellement conformes à ceux de l'hydrocéphale, qu'il n'est guère possible d'en établir la distinction que d'une manière en quelque sorte détournée, c'est-à-dire, eu égard à la marche comparative de ces deux affections. Ainsi, dans le cas d'hypertrophie cérébrale dont il vient d'être question, la céphalalgie a persisté plus long-temps que dans l'hydrocéphale; elle datait de huit mois, succédant à une diminution du flux menstruel; vive d'abord, et amendée par quelques sangsues appliquées aux cuisses, elle a néanmoins reparu de loin en loin, et s'est soutenue dans les derniers temps presque jusqu'aux approches de la mort avec une acuité extrême. Cette durée annonçait un travail phlogistique sourd et prolongé, en rapport avec l'altération dont le cerveau était le siége. D'un autre côté, cette hypertrophie n'a point offert dans son cours cette succession de périodes assez distinctes qu'on observe ordinairement dans l'hydrocéphale; l'intelligence et l'action des sens de rapport se sont maintenus presque jusqu'à la fin dans leur état d'intégrité; les symptômes comateux

ont été brusques, rapides et entiers dans leur accroissement, au lieu de présenter cette lenteur, ces espèces d'incertitudes et, pour ainsi dire, d'oscillations en plus et en moins qu'on remarque ordinairement dans la compression qui dépend d'un épanchement dans les ventricules; ajoutons, enfin, que les pupilles ne se sont point dilatées, comme il arrive si fréquemment dans ces mêmes cas d'épanchement.

Telles sont les différences qui nous paraissent exister entre ces deux affections, différences qui sont d'ailleurs confirmées par plusieurs autres exemples d'hypertrophie cérébrale que nous avons rapportés dans un mémoire publié sur ce sujet (1). Nous ferons remarquer, du reste, en terminant ces réflexions, que les applications des réfrigérans sur la tête ont paru aussi défavorables dans cette maladie que dans l'hydrocéphale aiguë, lorsqu'elles sont employées dans les dernières périodes de ces affections. C'est, en effet, après ces applications, que notre dernière malade est tombée presque tout-à-coup dans l'assoupissement, le coma et la résolution.

Obs. XXII.e — M. V....., jeune homme de vingt-deux ans, sanguin, fort et bien constitué, se rendit, en 1827, aux eaux minérales d'Aix en Savoie, pour se guérir d'un rhumatisme lombaire et sciatique qui le tourmentait depuis quelques années. Sur la fin de son séjour dans cette ville, on lui administra quelques douches qui le fatiguèrent beaucoup, et à la suite desquelles il fut pris d'un mal de tête assez violent. Nonobstant il se mit en route pour Paris, mais il fut obligé de s'arrêter plusieurs jours à Lyon, où son mal de tête s'était accru. Enfin, il arriva à Paris au bout de quinze jours (le 11 octobre), exténué de fatigue, éprouvant toujours une forte

(1) *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, 2.e cahier, 1828.

céphalalgie qu'il comparait à la douleur qui résulterait de l'application d'un bandeau serré autour de la tête; il ne pouvait supporter le grand jour, et fronçait les paupières comme pour éviter l'impression de la lumière sur les yeux; la langue était sale, grise, humide; la bouche pâteuse, amère; le ventre souple, indolent : il n'y avait point de fièvre. Un médecin consulté, pensant que cet état dépendait d'un embarras gastrique, prescrivit trente grains d'ipécacuanha, mêlés avec un grain de tartre stibié, et administrés en quatre doses. M. V.... vomit et vomit abondamment; il se sentit d'abord soulagé, mais la nuit suivante, insomnie complète, et le lendemain, redoublement de la céphalalgie qui occupe principalement la région frontale, et notamment le niveau de l'arcade surcilière droite; pouls à 45 pulsations par minute, tandis que naturellement il bat 70 fois dans le même espace de temps. (*20 sangsues à chaque tempe.*) Le 13 octobre, persistance de la céphalalgie, pouls devenu irrégulier, inégal, et à 50 pulsations par minute. (*20 sangsues à chaque tempe; calomélas, gr.* vj, *en trois paquets; glace appliquée sur la tête, d'heure en heure.*) Le 14, aucun soulagement, face décolorée, tiraillement des traits, pupilles ordinaires en largeur, langue humide, chaleur naturelle de la peau, pouls toujours irrégulier, faible, et à 52 pulsations par minute. (*Même prescription que la veille.*) Le 15, quatre heures de sommeil pendant la nuit, faible amendement dans la céphalalgie, dont le siège principal est toujours l'arcade surcilière droite; profond accablement; pouls à 56 pulsations par minute. (*50 sangsues aux tempes, continuation de la glace sur la tête, calomélas gr.* xij.) Le 16, exaspération dans la céphalalgie, qui, par momens, devient tellement violente, que le malade s'agite et se roule dans son lit, pousse de profonds soupirs et même des cris: face expri-

mant la souffrance et l'accablement, paupières tombantes, voix faible et entrecoupée, somnolence dès qu'on cesse de parler au malade, haleine mercurielle, langue grise, pouls offrant les mêmes caractères que la veille, et variant de 52 à 56 pulsations par minute. (Consultation entre plusieurs médecins distingués dont voici les opinions : les uns considérant que le malade avait été atteint d'un rhumatisme, ont pensé qu'il y avait rétrocession de cette inflammation sur les membranes du cerveau, les autres spécifiant le siège et la nature de la maladie, l'ont regardée comme appartenant à l'hydrocéphale aiguë; d'autres l'ont considéré génériquement comme une inflammation du cerveau ou de ses membranes; tous se sont accordés à prescrire une saignée, des bains tièdes avec affusions froides sur la tête, l'application d'un vésicatoire à la tempe, et d'un troisième à la nuque). Le sang est sorti rutilant de la veine; il s'est réuni en un caillot compact, recouvert çà et là de quelques ilots de couenne. Pendant cette opération le pouls s'est relevé et a monté à 80 pulsations par minute, mais bientôt il est revenu aux caractères indiqués précédemment. Le bain a duré une demi-heure; ces divers moyens ont été suivis d'un peu de calme. Le 17, face plus ouverte, élancemens moins douloureux dans le crâne, pouls moins inégal et à 60 pulsations par minute, haleine forte, gonflement des gencives, sputation fréquente, aphthes mercuriels sur la face interne des lèvres. (*Suspension du calomel, deux bains avec affusions froides sur la tête.*) Pendant la nuit, rêvasseries, paroles incohérentes, délire tranquille, coloration vive et passagère des joues. Le 18, abattement et stupeur dans l'expression de la face, réponses lentes, bornées aux monosyllabes oui et non, respiration suspirieuse; pouls faible, encore inégal, et à 60 pulsations par minute; point de rigidité dans les

membres; pupilles étroites. (Nouveau bain avec affusions froides sur la tête, mais le malade ne peut le supporter, il se laisse aller au fond de l'eau comme une masse inerte. Un des médecins ayant opiné qu'il y avait complication de gastrite, on a appliqué 12 *sangsues à l'épigastre.*) Au soir, assoupissement continuel; duquel on ne peut tirer le malade, quelque excitation qu'on exerce sur lui; de plus, commencement de paralysie dans les membres du côté gauche; soulevés, ils retombent sans soutiens; ceux du côté droit jouissent de toute leur motilité; le malade porte fréquemment la main droite sur le front ou à l'entrée des narines, comme pour les nettoyer. En outre, exacerbation fébrile manifestée par la coloration des joues, la plénitude et la fréquence du pouls, la chaleur de la peau avec tendance à la sueur. Le 19, assoupissement comateux; pouls fréquent, plein et rebondissant; paralysie plus considérable dans le côté gauche du corps. (Nouvelle consultation entre les mêmes médecins, tous considérant l'état du pouls et la gravité croissante de la maladie, ont vu la nécessité de tirer encore du sang, et sont convenus de faire appliquer douze sangsues à l'entrée des narines et autant à la racine du nez.) Les sangsues se sont gorgées promptement et ont fourni un abondant écoulement de sang. Le malade était tellement comateux, qu'il n'a témoigné aucune douleur lors de leur application : le pouls, loin de s'affaiblir par la perte du sang, est au contraire devenu plein, dur, et s'est élevé à 100 pulsations par minute. Le 20, carus profond, déglutition embarrassée, œil terne et affaissé, stries muqueuses sur les cornées, résolution des membres sans rigidité, à droite comme à gauche; peau en moiteur, pouls à 120 pulsations par minute, assez large, mais peu résistant, selles involontaires. (Troisième consultation, dans laquelle il a été résolu de pratiquer une saignée du pied, et d'appliquer un large

vésicatoire sur tout le crâne.) La saignée a fourni environ trois palettes de sang rouge et concrescible. Pendant la journée, embarras de la respiration, gargouillement bronchique, agitation convulsive des ailes du nez, injection veineuse de la face, pouls inégal, puis insensible. Mort à cinq heures du soir.

Ouverture du cadavre 36 heures après la mort. — Faible rigidité cadavérique; couleur verdâtre de l'abdomen. — *Tête.* Dure-mère uniformément appliquée sur les circonvolutions sans être tendue; sinus cérébraux contenant peu de sang; arachnoïde légèrement soulevée par une lymphe séreuse qui était infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et répandue également sur la convexité du cerveau; glandes de *Pacchioni* très-nombreuses, formant, par leur réunion, une bandelette rugueuse qui longeait le bord interne de chaque hémisphère, près de la grande faux; pie-mère se détachant nettement de la surface des circonvolutions, dont la couleur et la forme n'étaient point altérées; mais vers le tiers antérieur de la convexité de l'hémisphère droit, un des replis de cette membrane était doublé par des concrétions plastiques, épaisses et jaunâtres, qui s'enfonçaient profondément entre deux circonvolutions. En enlevant ce repli, on enlevait pareillement les portions de substance cérébrale adjacentes, lesquelles étaient ramollies et fortement colorées en rouge. Tout autour de ce point central de phlegmasie, et dans la largeur de la paume de la main, la pie-mère offrait encore çà et là des épaississemens jaunâtres, tenant à la déposition partielle de fausses membranes; l'arachnoïde même, dans l'espace indiqué et à sa surface libre, était hérissée de rugosités de même nature, disposées par petites bandes peu distinctes à la vue, mais très-sensibles au toucher; le reste des méninges ne présentait aucune altération. Toute la substance céré-

brale, incisée couche par couche, avait une consistance et une coloration naturelles; les ventricules contenaient à peine une demi-cuillerée de liquide transparent, sans trace de ramollissement sur leurs parois ou dans la cloison qui les séparo; le cervelet et la moelle épinière à l'état sain. — *Thorax*. Poumons engoués à leur partie postérieure, cœur décoloré, flasque, contenant du sang noir liquide. — *Abdomen*. Membrane muqueuse de l'estomac parcourue par de gros vaisseaux veineux subjacens, ponctuée en rouge vers le cardia et le grand-cul-de sac, un peu rembrunie dans les autres points, de médiocre consistance et s'enlevant facilement par le grattage; quelques rougeurs dans le duodénum; le reste de l'intestin grèle distendu par des gaz et entièrement sain; le gros intestin, contenant des matières fécales liquides, présentant d'ailleurs quelques follicules tuméfiés; le foie brun et friable; la rate molle et noirâtre; les reins fermes et gorgés de sang; la vessie distendue par de l'urine.

Nous avons exposé cette observation dans tous ses détails, rapportant les opinions des médecins qui ont traité le malade, afin de mettre le lecteur à même de porter son jugement sur la valeur de ces opinions. Pour notre compte, rien ne nous a paru ressembler davantage à l'hydrocéphale aiguë que la maladie dont il vient d'être question: en effet, la céphalalgie par paroxysmes violens, accompagnés de cris et de soupirs, la lenteur remarquable avec faiblesse et inégalité du pouls, plus tard l'accélération de la circulation au moment où le coma et une résolution générale sont survenus, l'abolition graduelle des facultés intellectuelles sans délire et sans fièvre, sont des phénomènes presque en tout semblables par leur caractère et lour marche à ceux que nous avons observés dans l'hydrocéphale aiguë; la paralysie d'un des côtés du corps ne contrariait point cette opinion, car nous l'avons vu sur-

venir dans cette maladie par des circonstances particulières. (*Obs.* IV.e, XIX.e) Un seul symptôme manquait, la dilatation des pupilles, symptôme qui, par cela même, acquiert une certaine valeur dans l'hydrocéphale aiguë. Cependant il n'existait point d'épanchement dans les ventricules cérébraux, point de ramollissement sur les parois de ces cavités, point d'aplatissement des circonvolutions dénotant un effet de compression du cerveau contre ses enveloppes. L'autopsie cadavérique a fait voir pour toute lésion des traces manifestes d'une méningo-céphalite profonde, correspondant au point où la douleur de tête était la plus vive (l'arcade surcilière droite), et en opposition avec la paralysie qui est survenue dans les derniers temps. On se demande pourquoi cette inflammation, qui était bornée à la convexité du cerveau, n'a point déterminé de délire, de fièvre, de symptômes spasmodiques ou de contracture dans les membres, comme cela s'observe fréquemment en pareil cas ? Avouons que notre séméiotique est encore bien loin de la précision dans les maladies de l'encéphale ou de ses membranes, quoi qu'on ait dit et fait pour en déterminer la nature anatomique et en circonscrire le siège, comme on l'a tenté dans ces derniers temps. Chaque jour des observations nouvelles révèlent des exceptions aux règles posées comme constantes. Heureusement que, dans bien des cas, la thérapeutique n'a pas besoin de cette précision : en effet, que l'inflammation ait lieu dans telle ou telle partie de l'encéphale ou des méninges, à la base, à la convexité de ce viscère, ou dans ses cavités, dans la substance grise ou blanche, vers les lobes antérieurs ou postérieurs, dans la couche optique, le corps strié ou le cervelet, l'indication fondamentale reste toujours la même; et pour n'en citer qu'un exemple d'application opportune, nous rappellerons que la maladie dont l'histoire vient d'être tracée, a été combattue par des moyens aussi ra-

tionnels que si l'on eût connu à point nommé le siége et la forme de l'altération cérébrale.

Obs. XXIIIe — Un maçon, âgé de 21 ans, d'une bonne constitution, admis à l'Hôtel-Dieu le 18 septembre 1827, se disait alors malade depuis une quinzaine de jours; il accusait de la douleur à l'épigastre, qu'il désignait positivement en appliquant la main sur cette région; cependant la pression n'augmentait point cette douleur; la langue était naturelle; il ne se plaignait d'aucune autre partie du corps, et jouissait du libre exercice des facultés intellectuelles; il n'y avait aucun indice de fièvre dans l'état du pouls et la température de la peau. Le lendemain, ce malade fut interrogé et examiné de nouveau, et l'on ne trouva rien autre chose dans son état, qui paraissait ne comporter aucune gravité; la douleur épigastrique persistait. Le 20, peau légèrement nuancée de jaune, comme il arrive dans un ictère naissant; pouls offrant une lenteur remarquable de 45 à 50 pulsations par minute. Le 21, l'ictère semble faire des progrès; le pouls conserve sa lenteur; le malade se plaint faiblement de la douleur épigastrique, et paraît encore plutôt indisposé que véritablement malade. Le 22, face d'un jaune cuivré, le reste de la peau d'un jaune clair; pouls toujours lent et faible; douleur épigastrique se prolongeant sous le rebord des côtes droites. (10 *sangsues à l'anus; bain.*) Le malade va au bain de son pied; il en revient en chancelant. Au soir, nous le trouvons dans un état alarmant: il a l'air d'un homme étourdi par les fumées du vin, et semble avoir perdu toute espèce de mémoire; si on lui adresse quelques questions, il est embarrassé, et ne sait que répondre; cependant il désigne encore verbalement le creux de l'estomac comme étant le siége de ses douleurs; il ne se plaint point de la tête; son pouls ne donne que 40 pulsations par minute; les extrémités sont

froides; les membres dans une sorte de résolution; sou levés, ils retombent entraînés lentement par leur propre poids; les pupilles ont une largeur moyenne; exposées en face d'une lumière, l'iris présente des oscillations nombreuses; le ventre est souple, la langue humide et large, la respiration douce et calme. (*Sinapismes aux pieds.*) Le 23, ictère de plus en plus prononcé; réponses tardives et monosyllabiques; résolution presque complète des membres, lesquels ne peuvent être soulevés ni maintenus soulevés par le malade, mais ils sont sensibles au pincement; cette paralysie existe sans rigidité et à degré égal sur les deux moitiés du corps. Sur la face, expression de stupidité; sourcils froncés; conjonctives jaunes; pupilles présentant les mêmes oscillations que la veille; froid des extrémités; marbrures aux avant-bras; pouls dépressible, toujours à 40 pulsations par minute. En examinant la conformation de la tête, nous avons remarqué au-dessus et dans la direction de l'arcade orbitaire droite une cicatrice linéaire, assez longue, mais non déprimée, à laquelle nous n'avions point fait attention à l'époque où le malade pouvait nous fournir quelques renseignemens à ce sujet; il est en effet hors d'état de nous instruire sur la cause qui a produit cette blessure. (12 *sangsues derrière les oreilles; calomel gr.* ij; *application de glace sur la tête d'heure en heure.*) Le 24, assoupissement continuel; pouls à 64 pulsations par minute; élévation de la température de la peau; urines safranées; évacuations alvines grisâtres. (*Six sangsues à chaque tempe; glace sur la tête.*) Le 25, coma profond; pouls à 90 pulsations par minute; résolution complète et sans roideur des membres; pupilles moyennes en largeur. Le 26, collapsus général; pouls insensible; mort à midi.

Ouverture du cadavre le 27. — *A l'extérieur :* Couleur jaune foncée des tégumens; tache noirâtre de la lar-

geur de la paume de la main sur le coccix; point de rigidité cadavérique; flaccidité des chairs. — *Tête et rachis* : Couleur rougeâtre du tissu cellulaire lâche qui unit la dure-mère vertébrale à son canal osseux; méninges rachichiennes ne présentant aucune altération; moelle épinière légèrement nuancée en jaune à sa surface, un peu moins consistante que dans l'état naturel, ce qu'ont offert en général tous les autres tissus. Circonvolutions cérébrales revêtues de leurs membranes, présentant, comme la moelle épinière, une légère teinte jaunâtre; arachnoïde parcourue par quelques vaisseaux veineux subjacens; pie-mère assez injectée, mais ne contenant aucune trace de suppuration; substance cérébrale molle et humide, ayant d'ailleurs une coloration naturelle; ventricules ne contenant que quelques gouttes de sérosité, sans ramollissement de leurs parois ou de leur cloison. Jusqu'ici nous n'avions rencontré que des lésions fugaces incapables de rendre compte des symptômes; mais ayant soulevé doucement les lobes antérieurs du cerveau, nous sommes tombés sur une double altération qui mérite une description particulière : à l'endroit où ces lobes reposent sur la partie moyenne et un peu interne des voûtes orbitaires, immédiatement en dehors du trajet des nerfs olfactifs, on voyait à droite et à gauche deux espèces d'érosions superficielles et d'apparence ulcéreuse de la substance cérébrale, ayant chacune la forme et la largeur d'une pièce de quarante sous, sur deux à trois lignes de profondeur, environnées par une mince couche de tissu cérébral endurci, présentant enfin une surface noirâtre, fongueuse et ramollie, sur laquelle existaient encore des débris de l'arachnoïde et de la pie-mère. Ces deux altérations correspondaient à droite à une ancienne fracture, et à gauche à une carie superficielle des voûtes orbitaires. A droite, la fracture imitait la forme d'une *S* italique; sa partie moyenne

n'était point consolidée, et présentait une fente de deux lignes de largeur, qui communiquait directement dans la cavité de l'orbite; ses bords étaient parsemés de mamelons aigus qui soulevaient la dure-mère; en outre, vers l'apophyse angulaire externe droite du frontal, et sous la cicatrice tégumentaire dont il a été question, existait une fêlure de six lignes d'étendue, partant de cette apophyse et se dirigeant obliquement vers la partie moyenne du front; cette fracture n'avait point de communication avec la précédente; à gauche, la voûte orbitaire était érodée et ramollie dans la largeur de l'ongle; on n'y voyait point de traces de fracture. — *Thorax et abdomen :* Les poumons et le cœur dans l'état sain; le foie brun à l'extérieur, jaune à l'intérieur, et se déchirant facilement; la vésicule biliaire remplie d'une bile épaisse et poisseuse; les canaux biliaires perméables; l'estomac ponctué en rouge vif à l'orifice cardiaque et le long de la petite courbure, de couleur ardoisée vers la région pylorique; sa membrane muqueuse mamelonnée et très-consistante. Au duodénum, couleur ardoisée et sans mélange de ponctuations; matières fécales grisâtres dans le gros intestin : rien autre chose de particulier.

Voici encore l'exemple d'une maladie cérébrale obscure, dont les symptômes ont offert de l'analogie avec ceux de l'hydrocéphale aiguë, sans qu'il existât dans le cerveau de lésions propres à cette dernière affection. Mais cette analogie n'était point complète, et ne pouvait servir à fonder le diagnostic. En effet, la lenteur du pouls, l'oscillation des pupilles, l'abolition successive des facultés intellectuelles et des sens de rapport, la paralysie pour ainsi dire générale qui a terminé la vie, sont des phénomènes qu'on remarque dans l'hydrocéphale; mais ces phénomènes sont constamment précédés par une céphalalgie vive qui n'a point existé dans ce cas. Quelle était

donc la cause de ces symptômes ? Cette cause a resté ignorée jusqu'à l'ouverture du cadavre; alors seulement il a été facile de voir que le double ramollissement ulcéreux des lobes antérieurs du cerveau était consécutif à une carie, et une fracture des voûtes orbitaires, fracture qui probablement est survenue par suite d'un coup ou d'une chute sur l'apophyse angulaire droite du frontal, où l'on voyait encore les traces d'une cicatrice subjacente elle-même à une fêlure de l'os. On conçoit comment, dans cette circonstance, la commotion s'est transmise jusqu'à la portion la moins résistante du frontal, comment ensuite les points du cerveau, placés au voisinage de la carie ou de la fracture, ont fini par s'enflammer et s'altérer eux-mêmes; exemple remarquable des suites funestes, quoique tardives, que peuvent entrainer les plaies de tête, et dont on retrouvera l'analogue dans l'observation XIVe

Obs. XXIVe — Une jeune enfant âgée de cinq ans, d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence très-précoce, se plaignait de loin en loin de maux de tête tellement passagers, qu'ils attiraient à peine l'attention des parens. Le 1.er avril 1829, jouissant la veille d'une bonne santé, elle fut reprise de douleurs à la tête, mais avec élancemens très-vifs; alors elle fronçait les sourcils, poussait des cris plaintifs, appelait sa *maman* à son secours; dans les momens de calme elle s'assoupissait. Les jours suivans, la céphalalgie augmenta par exacerbations de plus en plus violentes, il s'y joignit des vomissemens bilieux, des soubresauts dans les membres, de la distorsion à la bouche avec mâchonnement. Le 5.e jour, nous vîmes cette enfant pour la première fois; elle était dans un de ses momens de calme, répondait nettement et précisément à toutes nos questions, mais avait l'air abattue, étourdie, évitait l'impression de la lumière sur les yeux; la langue était humide et large, la peau fraîche, les pupilles de

dimension ordinaire, le pouls offrait une lenteur remarquable, de 45 à 50 pulsations par minute, il était en même temps petit, irrégulier, intermittent, caractères qu'on avait remarqués les jours précédens. (*Cinq sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds*) Ecoulement de sang assez abondant. La nuit suivante, quelques momens de sommeil, interrompus par des élancemens dans la tête. Le 6.e jour, à dix heures du matin, convulsions générales, agitation des membres et du tronc, distorsion des yeux, perte de connaissance. Un médecin appellé précipitamment au secours de cette enfant fit appliquer huit sangsues aux cuisses. A huit heures du soir, nouvelles convulsions, abolition complète de la connaissance, face pâle, paupières entr'ouvertes, regard divergent; par momens, rotation des globes oculaires, pupilles dilatées, mouvemens convulsifs répétés des muscles du tronc et des membres, mais de telle sorte, que le torse et les lèvres sont entraînés à gauche dans ces mouvemens; écume à la bouche, pouls petit et d'une fréquence incommensurable. Bain d'une heure, pendant lequel les convulsions persistent. Au sortir du bain, ronflement apoplectique, calme interrompu de temps en temps par quelques secousses dans les membres. Cet état a duré pendant cinq à six heures, au bout desquelles la malade a succombé.

Ouverture du cadavre le lendemain. —La tête seule a été examinée : crâne large; front développé; os minces, bien réunis vers leurs sutures; sinus de la dure-mère contenant peu de sang; circonvolutions cérébrales bien dessinées; non aplaties. Infiltration sous-arachnoïdienne peu abondante d'une lymphe transparente à la convexité des hémisphères, et principalement vers leurs parties latérales. Là on voyait, à droite comme à gauche, cinq à six points granuleux, opaques, rugueux au toucher, exis-

tant à la surface libre de l'arachnoïde, dans l'espace d'une pièce de cinq sous; cette altération paraissait ancienne, elle était la seule qu'on trouvât dans toute l'étendue des méninges. Les ventricules cérébraux ne contenaient que quelques gouttes de sérosité, il n'y avait point de ramollissement dans leurs parois; la substance du cerveau et du cervelet avait une consistance naturelle; enfin, rien de lésé dans tous les points de l'encéphale.

Quelles lésions avons-nous trouvées en rapport avec des symptômes effrayans et promptement mortels, dont l'invasion s'est présentée sous la même forme que celle de l'hydrocéphale aiguë? Ces lésions, il faut le dire, étaient bien légères comparativement à la gravité des accidens; un peu d'épaississement sur un point circonscrit de l'arachnoïde, un peu d'infiltration séreuse au dessous de cette membrane, ne sont guère propres à expliquer ces accidens, d'autant plus que la première de ces altérations paraissait fort ancienne. Dirons-nous que les convulsions favorisées par la prédominance du système cérébral dans le jeune âge, en accélérant la mort du sujet, ont empêché la formation de lésions plus prononcées? Mais il resterait encore à expliquer la cause de ces convulsions.

Obs. XXVe — Une marchande de la Halle, âgée de 45 ans, d'une stature peu élevée, d'un gros embonpoint, dont le col était court et la face rubiconde, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 13 décembre 1824. Il y avait cinq semaines environ que, étant prise de vin, elle se prit de querelle avec une de ses voisines, et reçut un coup de poingt sur la partie latérale gauche supérieure de la tête. Il n'en résulta d'abord aucun accident; pendant un mois entier la malade parut se bien porter; au bout de ce temps elle devint oublieuse, éprouva de la douleur à la tête, et, en-

fin, s'alita. (*On lui appliqua des sangsues à l'anus, des vésicatoires aux jambes et à la nuque.*)

A son entrée à l'hôpital, elle était dans l'état suivant : légère déviation de la bouche à gauche, inclinaison de la langue en sens opposé, idées confuses, mémoire chancelante, ouïe dure, parole embarrassée; la malade fait de vains efforts pour s'exprimer, elle semble vouloir rappeler ses souvenirs, et ne trouve, après beaucoup d'hésitations et de recherches, que les mots *chose* ou *machine*, qu'elle applique indistinctement à toutes les questions qu'on lui adresse, ce qui rend son langage tout-à-fait inintelligible. Son caractère est devenu acariâtre, brusque, emporté, désobligeant; elle menace, adresse des injures pour peu qu'on l'importune, et souffre avec impatience toutes les recherches faites sur sa personne pour explorer son état. Du reste, elle ne paraît point éprouver de douleur à la tête, ou du moins ne s'en plaint pas; on ne voit aucune trace de contusion ou de plaie sur le cuir chevelu, qui, cependant, avait été rasé dans toute la portion qui recouvre le pariétal gauche; les membres jouissent de toute leur mobilité et sensibilité, cependant la malade (qui est droitière) se sert plus volontiers de la main gauche que de la droite pour s'envelopper dans ses couvertures; la langue est humide, le pouls profond, à peine fréquent. (*40 sangsues autour des malléoles, 40 à la base du crâne, limonade, lavement purgatif.*) Jusqu'au 18, on n'observe pour tout changement qu'un peu plus de déviation à la commissure des lèvres. (*Une saignée est pratiquée.*) Le 19, les membres du côté droit éprouvent un commencement de paralysie, la malade est moins emportée, moins pétulante, elle s'assoupit et sommeille plus long-temps que de coutume, son pouls est dur, serré, mais peu fréquent. (*Vingt sangsues à la base du crâne,*

tisane de tamarin émétisé.) Le 20, la paralysie est presque complète dans le membre supérieur droit, l'inférieur du même côté se meut à peine, l'un et l'autre ne présentent point de rigidité, et sont encore sensibles au pincement. Le 23, une tuméfaction considérable survient brusquement au voisinage de la parotide gauche. Le 24, cette tuméfaction fait des progrès et s'étend depuis le condyle de la mâchoire jusqu'à la partie supérieure du cou; en même temps la malade tombe dans le coma, les membres du côté droit se paralysent complètement en conservant un reste de sensibilité; le pouls augmente de fréquence. Le 25, respiration stertoreuse, râle trachéal, pouls insensible, mort à neuf heures du soir.

Ouverture du cadavre 36 *heures après la mort.* — Obésité considérable, faible rigidité cadavérique; épaississement lardacé du tissu cellulaire qui recouvre la région parotidienne gauche; infiltration purulente dans toute l'épaisseur de la parotide, dont le volume était prodigieusement augmenté. — *Tête.* Os du crâne ne présentant aucune trace de contusion ou de fracture; dure-mère tendue sur les circonvolutions, comme si le cerveau eût augmenté de volume; méninges dans l'état sain; vaisseaux cérébraux contenant peu de sang. Tache noirâtre de la largeur d'une pièce de vingt sous apparente sur le milieu de la face inférieure du lobe moyen gauche du cerveau; cette tache, après l'incision d'une mince couche de substance cérébrale, conduisait dans un vaste foyer purulent qui occupait toute la partie inférieure du lobe précédent, et anticipant un peu sur les lobes antérieur et postérieur gauches. Ce foyer avait deux pouces et demi à trois pouces de longueur sur deux en largeur, il avoisinait en dedans la couche optique et le corps strié sans communiquer dans les ventricules, et se trouvait

très-rapproché de la base du cerveau; sa forme était assez régulière, il aurait pu loger un gros œuf de poule; la matière qu'il contenait différait du pus phlegmoneux par une couleur verdâtre très-prononcée et une odeur désagréable presque alliacée, elle était en outre glaireuse et filante comme du mucus très-épais; la quantité de cette matière aurait suffi pour remplir un verre ordinaire. Un kyste pseudo-muqueux isolait entièrement ce foyer de suppuration du reste de la substance cérébrale; il offrait en dedans une surface villeuse, grisâtre et d'apparence muqueuse; en dehors, il était doublé par plusieurs lames concentriques de substance cérébrale endurcie à la consistance du blanc d'œuf, et susceptibles d'être enlevées par longues lanières; plus en dehors, au contraire, un ramollissement d'une ligne de profondeur existait autour du kyste. De nombreux vaisseaux rouges rampaient à sa surface; un de ces vaisseaux, plus volumineux, était manifestement en communication avec les artères du cerveau : d'ailleurs, toutes les autres parties de l'encéphale étaient dans l'état naturel, les ventricules ne contenaient point de liquide. — *Thorax et abdomen.* Poumons gorgés de sang noir, libres de toute adhérence; cœur surchargé de graisse. Viscères abdominaux dans l'état le plus parfait d'intégrité, trois petits corps fibreux sous-péritonéaux au bas fond de la matrice

On ne confondra pas assurément la maladie que nous venons de décrire avec l'hydrocéphale aiguë; trop de différences existent entre ces deux affections pour qu'il soit possible de s'y méprendre; mais en comparant cette observation avec celle qui est inscrite au n.° XIX, sous le titre d'hydrocéphale chronique, on trouvera d'assez grandes ressemblances entre les symptômes pour qu'il soit difficile d'en établir la distinction. De part et d'autre, cépha-

lalgie nulle ou peu marquée ; obtusion des sens ; perte de la mémoire, sans délire, avec peu de fièvre ; embarras extrême de la parole ; déviation de la bouche ; paralysie graduelle qui s'est emparée de tout un côté du corps, et s'est terminée par le coma et l'abolition des facultés intellectuelles. Mais sous d'autres rapports, le cas présent offre plusieurs particularités distinctives assez remarquables : telles sont, 1.° le développement d'une inflammation dans le cerveau à la suite d'une violence extérieure fort légère en apparence, et qui n'a donné lieu à aucun accident pendant un mois ; 2.° la formation d'un abcès en un point de cet organe, qui n'avait pas été atteint directement, et n'a souffert que par ébranlement ou commotion ; 3.° la circonscription du foyer purulent par un kyste muqueux, dont l'organisation avancée s'accorde avec la durée de la maladie ; 4.° l'odeur désagréable qu'avait contractée la matière contenue dans ce foyer, quoiqu'il ne communiquât point à l'extérieur ; 5.° enfin, la couleur verdâtre et la viscosité de cette matière, caractères qui, la rapprochant du mucus ordinaire, portent à penser qu'elle n'a point été fournie immédiatement par le cerveau, mais qu'elle a été sécrétée en grande partie par la membrane pseudo-muqueuse qui tapissait le kyste ; on conçoit dès-lors que ces foyers, une fois formés, peuvent continuer à s'agrandir, malgré leur isolement, et devenir une cause de mort par la compression qu'ils établissent dans le cerveau.

VII.e *Section. — Guérisons de maladies ayant présenté les symptômes de l'hydrocéphale aiguë.*

Obs. XXVI.e — Une jeune fille, âgée de 16 ans, non menstruée, d'un tempérament lymphatique, était tombée malade depuis huit jours, lorsqu'elle fut reçue à l'Hôtel-

Dieu le 13 mars 1827. Depuis cette époque, elle avait été en proie à une céphalalgie vive et exacerbante, suivie de vomissemens bilieux répétés. Elle était dans l'état suivant : réponses nulles, somnolence interrompue de loin en loin par des cris de douleur, pupilles larges et peu mobiles, résolution apparente des membres, mais sans perte de sensibilité, pouls lent et faible, langue un peu rouge à ses bords. (12 *sangsues aux apophyses mastoïdes, sinap. aux jambes*). Le 14, même état de somnolence et de stupeur, tête sans soutiens et tombant suivant l'inclination du plan sur lequel elle repose, face sillonnée au voisinage des lèvres, par deux plis profonds qui lui donnent un caractère particulier de douleur; pouls un peu moins lent que la veille; 60 pulsations par minute. (*Application de 2 livres de glace sur la tête, sinap. aux pieds*). Le 15, faible signe de connaissance, la malade ouvre les yeux et paraît, pour la première fois, prêter attention aux questions qu'on lui adresse, mais sans y répondre, les pupilles sont moins dilatées que les jours précédens, le pouls et la température de la peau sont devenus fébriles, léger dévoiement. (6 *livres de glace sur la tête*). Le 16, amendement notable, signes de connaissance très-manifestes, réponses embarrassées, mais indiquant un travail intellectuel par leur précision, motilité des membres moins engourdie. (*Glace sur la tête 2 livres*). Le 17, connaissance entière. Le 18, tuméfaction vers la région parotidienne droite avec tension et douleur à la pression, difficulté dans l'abaissement de la mâchoire. (12 *sangsues sur les parotides, suspension de la glace*). Les jours suivans tous les symptômes cérébraux cessent entièrement, la tumeur parotidienne fait des progrès; deux grains de potasse caustique sont appliqués sur le centre de l'engorgement qui, peu-à-peu, se circonscrit et devient superficiel sans

gêner l'abaissement de la mâchoire; enfin la tumeur s'amollit et finit par s'ouvrir le 9 avril, en fournissant du pus de bonne nature; une cicatrisation succède bientôt à cette ouverture. Mais pendant ce temps de nouveaux accidens se manifestent, la malade tousse, rend quelques crachats opaques, ne reprend point ses forces, éprouve enfin quelques redoublemens fébriles chaque soir. Le côté droit de la poitrine donne un son obscur, en arrière; sous l'omoplate on entend un râle muqueux circonscrit et une forte raisonnance, toutefois la malade quitte l'hôpital, le 9 mai dans cet état douteux de convalescence. Le 13 août de la même année elle revient dans le même établissement, toussant de plus en plus; à cette époque: sonoréité naturelle sous les clavicules, mais matité en arrière et à droite sous l'épine de l'omoplate, résonnance très-forte sans pectoriloquie distincte en ce point, mais avec gargouillement caverneux quand la malade tousse, fièvre continuelle, amaigrissement. Le 23, douleur vive et subite à la partie postérieure droite de la poitrine, respiration entrecoupée; accidens qui paraissent se calmer pendant quelques jours et reparaissent le 31, avec une expectoration abondante de matière épaisse et puriforme; le surlendemain, son clair et tympanique en arrière et à droite, là où existait la matité, bruit respiratoire nul en ce point, mais résonnance amphorique et tintement métallique, de plus ondulation thorachique perçue nettement au-dehors, quand on pratique la succussion. Les jours suivans respiration de plus en plus embarrassée; mort le 5 septembre.

Ouverture du cadavre le 6. — Amaigrissement général. *Tête.* — L'encéphale ouvert et examiné dans toute son étendue, n'a présenté aucune altération de sa membrane ou de sa substance, aucun vestige de lésion qui correspondît aux symptômes cérébraux que la malade avait

éprouvés. Les ventricules cérébraux contenaient à peine une demi cuillerée de sérosité; la cloison qui les sépare avait une bonne consistance. La moelle épinière était saine. *Thorax.* — Une ponction faite sur le milieu du côté droit de la poitrine, a donné issue avec bruit à un gaz fétide, qui a repoussé vivement une lumière présentée à cette ouverture. La plèvre du côté droit était aux deux tiers remplie par un épanchement purulent d'une odeur infecte, et tapissée par une couche épaisse de la même matière; le poumon du même côté était comprimé et refoulé vers sa racine; le reste de l'espace pectoral vide ou plutôt formant une loge qui renfermait le gaz dont il a été question. Une insufflation faite dans la trachée-artère a produit un bouillonnement de bulles gazeuses, venant crever à la surface du liquide contenu dans la plèvre, et indiquant que la cavité de cette membrane communiquait avec les bronches. En effet vers le bord postérieur du poumon droit, existait une caverne assez large, s'ouvrant par un sinus étroit dans l'intérieur même de la plèvre. Le sommet du même poumon contenait quelques tubercules discrets et non ramollis, il y en avait encore un grand nombre dans le poumon gauche, mais tous à l'état de crudité. — *Abdomen.* Foie jaune, volumineux, rougeurs foncées au voisinage de la valvule cœcale et dans le trajet du colon; point d'ulcérations. Parotide droite dans l'état naturel, tissu cellulaire ambiant un peu endurci.

Nous n'oserions affirmer que la malade dont il vient d'être question, a été atteinte primitivement d'une hydrocéphale aiguë, la preuve anatomique nous manque; mais celle qu'on peut tirer de la comparaison des symptômes observés dans ce cas, avec ceux dans lesquels cette preuve anatomique est venue confirmer le diagnostic, nous paraît déposer en faveur de cette opinion. Pendant

huit jours violente céphalalgie revenant par exacerbation, vomissemens répétés, plus tard somnolence avec stupeur, engourdissement des facultés intellectuelles, résolution des membres, lenteur du pouls. Ne sont-ce pas là des phénomènes que nous avons observés maintes fois dans l'hydrocéphale aiguë, et n'avons-nous pas quelques raisons de croire que cette affection a réellement existé? Cependant cette même affection, que tous les faits précédens portent à considérer comme extrêmement grave, s'est terminée d'une manière favorable, sous l'influence des mêmes moyens dont nous avons vu tant de fois l'inefficacité. Mais est-ce bien aux applications de glace sur la tête et de quelques sangsues derrière les oreilles, qu'on doit faire l'honneur de cette guérison? La parotide qui est survenue à l'époque même de la convalescence, n'a-t-elle pas été un phénomène critique, bien autrement salutaire que les moyens de l'art? Du reste, la malade portait en elle le germe de nouvelles maladies. Nous avons vu comment à une petite toux ont succédé la fièvre, l'amaigrissement et tout le cortège des symptômes propres aux affections chroniques de poitrine; comment ensuite une caverne tuberculeuse ouverte dans la plèvre, a donné lieu à un pneumo-thorax et une pleurésie, etc. Mais ces considérations sont étrangères à notre sujet.

Obs. XXVI.e — Un pâtissier âgé de 15 ans, d'une stature ordinaire, d'une constitution lymphatique, ayant le crâne très-développé surtout à sa partie antérieure, nous a raconté lui-même ce que voici : il parlait très-lentement, se disait malade depuis huit jours; les quatre premiers jours il s'est livré à ses occupations, quoique souffrant vivement à la tête; le cinquième jour cette douleur a augmenté, occupant principalement la région frontale; des vomissemens bilieux sont survenus, il a perdu le sommeil. Il ajoutait

qu'il était sujet au saignement de nez et que cette hémorrhagie n'avait point reparu depuis quelque temps. La peau avait une température naturelle, le pouls était faible, un peu inégal, il battait de 55 à 60 fois par minute, la face exprimait l'accablement et en quelque sorte l'étourdissement cérébral, les pupilles était larges mais encore sensibles à l'impression de la lumière. (20 *sangsues derrière les oreilles qui saignent abondamment*). Le lendemain : pouls relevé à 80 pulsations par minute, céphalalgie moins vive, concentration des traits, taciturnité, constipation. (*Calomel* gr. ij ; *tisane de veau tamarinée*). Le troisième jour : parole plus libre que les jours précédens, moins de stupidité dans l'expression de la face, moins de largeur dans les pupilles, fréquence et rythme naturels du pouls. Les jours suivans, le mieux se prononce de plus en plus, le malade recouvre entièrement l'usage de ses facultés, la céphalalgie se dissipe entièrement; il entre en convalescence.

On ne peut s'empêcher de regarder cette maladie comme une hydrocéphale aiguë à sa première période, en considérant la forme des symptômes qu'elle a présentés à son début. On conçoit d'ailleurs que la suppression d'une épistaxis habituelle ait amené une congestion dans les ventricules du cerveau, congestion qu'une application de sangsues faite à temps opportun a dissipée, mais qui à un degré plus avancé, aurait suivi la marche ordinaire à cette cruelle maladie.

Ici se terminent nos observations; avant d'en déduire les conclusions qui s'y rattachent, nous allons en présenter le sommaire dans un tableau-général.

(*Ce Tableau et la fin du Mémoire au numéro prochain.*

Observations sur les effets délétères produits par l'usage de certaines viandes altérées; par le docteur OLLIVIER *(d'Angers.)*

Depuis long-temps on a signalé des exemples nombreux d'accidens funestes, causés par des saucisses dont on fait une grande consommation dans une certaine partie de l'Allemagne, notamment dans le Wurtemberg. L'identité des phénomènes présentés par tous les individus qui furent malades, et dont un assez grand nombre a succombé, conduit naturellement à penser que le principe délétère qui se développe par suite de l'altération de ce genre d'aliment, jouit constamment des mêmes propriétés : ce fait est d'autant plus probable, que depuis 1793, époque où pour la première fois l'attention des médecins fut éveillée sur cette espèce d'empoisonnement, tous les observateurs, sans aucune exception, ont constaté que les accidens produits étaient les mêmes chez tous les sujets, nonobstant les différences de sexe et d'âge, soit que ces accidens se terminassent par la guérison ou par la mort. Il paraît que les viandes fumées sont particulièrement celles qui ont déterminé les accidens dont il s'agit, et cette circonstance avait fait penser au docteur Berres (1) que l'action délétère était due à la présence de l'acide pyro-ligneux; mais cette opinion ne peut être admise, car on n'a jamais pu découvrir cet acide dans les viandes altérées qui ont été soumises à l'analyse chimique, et de plus il faudrait qu'il en existât une quantité considérable pour déterminer les accidens qu'on a observés. D'ailleurs, les

(1) *Sur l'acide pyro-ligneux et ses propriétés*. Vienne, 1823. (En allemand).

boudins ou saucisses du Wurtemberg ne sont pas les seules préparations de ce genre qui aient donné lieu à des symptômes d'empoisonnement : le docteur Paulus, à Sulz, a rapporté l'histoire de sept personnes, dont trois étaient mortes après avoir mangé du pâté qu'on nomme *fromage d'Italie :* plusieurs autres médecins ont cité des faits analogues ; le docteur Kerner a vu les mêmes accidens chez un homme qui venait de manger du bœuf gras salé, et chez une femme qui avait fait son repas avec de la graisse d'oie, devenue rance. Enfin, M. Gessler a observé les mêmes symptômes chez huit individus qui avaient mangé d'un jambon gâté. A ce dernier exemple, on peut ajouter le suivant.

Le 25 juillet 1824, le sieur Plassiard acheta chez M. Proton-Lesage, rue Montorgueil, un pâté de jambon. Le jour même, il mangea, ainsi que sa famille, de la viande du pâté; le lendemain seulement on en mangea la croûte. Trois heures après ce repas, le sieur Plassiard éprouve un malaise général, suivi de sueurs froides, de frissons accompagnés de violentes douleurs d'estomac, et bientôt des vomissemens répétés se déclarent. Le malade est tourmenté par une soif ardente, le ventre devient douloureux, et des déjections alvines très-abondantes succèdent à des coliques excessivement aiguës.

Sa fille, âgée de 27 ans, et un enfant de 9 ans éprouvent exactement les mêmes accidens. Un médecin, appelé peu de temps après le développement de ces symptômes, exposa, dans un rapport fort détaillé, les phénomènes que présentaient ces trois individus, et déclara que leur état dénotait une inflammation violente de l'estomac et des intestins, avec une sensibilité de l'abdomen tellement grande, que le poids des draps seuls était insupportable. Ces accidens graves se dissipèrent après quelques jours de l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique. Dans

les conclusions de son rapport, le médecin exprimait l'opinion que les accidens éprouvés par la famille Plassiard pouvaient être dus à la présence du sous-deuto-carbonate de cuivre (vert-de-gris), qui aurait été communiqué par les moules dont se servent les pâtissiers (1).

En conséquence de ces faits, nous fûmes chargés, le 10 août suivant, M. Barruel et moi, par M. Dufour, alors juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, de procéder à l'analyse des restes du pâté, et des matières provenant des déjections alvines de l'enfant, à l'effet de constater s'il y existait des sels de cuivre ou toute autre substance vénéneuse.

La matière des déjections, contenue dans une bouteille, était très-liquide, d'un vert porracé, et ne répandait aucune odeur fétide; la seule qu'elle manifesta était acide, analogue à celle du verjus. Ce liquide, traité par l'acide hydro-sulfurique, n'éprouva aucun changement de couleur : filtré et traité de nouveau par le même acide, nous n'y observâmes aucune teinte qui pût déceler la présence de quelque substance métallique. Au contraire, la liqueur, primitivement jaune, fut décolorée sur-le-champ.

Les débris du pâté étaient dans un état de moisissure très-avancée. La viande et la croûte furent traitées isolément. Je ne rapporterai pas ici tous les détails de nos essais. Je me bornerai à dire que le contact de l'acide hydro-sulfurique sur l'une et l'autre fut sans résultat; que leur combustion dans un creuset donna un charbon

(1) Vers la même époque, un assez grand nombre de personnes éprouvèrent des accidens analogues à ceux de la famille Plassiard, après avoir aussi mangé des *pâtés de jambon* pris chez Lesage. Je pourrais citer entr'autres une famille entière qui fut assez gravement indisposée par la même cause. Les recherches qui furent faites par l'autorité chez ce pâtissier, prouvèrent que tout y était préparé avec la plus grande propreté.

qui fut pulvérisé, et introduit dans un matras avec de l'eau distillée et de l'acide nitrique ; que cette liqueur, après une ébullition de dix minutes, fut filtrée; à une portion, on ajouta de l'acide hydrochlorique, et ce mélange, presque saturé par l'ammoniaque, ne donna aucune espèce de précipité par l'hydro-cyanate ferruré de potasse. Une autre portion de la liqueur, traitée par l'acide hydrosulfurique, ne produisit rien; enfin, une dernière portion de cette liqueur, traitée par un excès d'ammoniaque, ne fournit qu'un peu de phosphate de chaux : la liqueur était incolore.

Une autre partie des mêmes débris de pâté fut traitée par l'alcohol avec addition de quelques gouttes d'acide acétique. Les liqueurs alcoholiques (un demi-litre) ayant été filtrées et évaporées lentement dans des capsules de platine jusqu'à la quantité d'un demi-gros, on ajouta à ce résidu deux gros d'eau distillée; le mélange fut filtré, évaporé de nouveau en consistance d'extrait, et délayé avec une petite quantité d'eau distillée; cette liqueur fut traitée par l'acide nitrique et l'hydrogène sulfuré, sans donner aucun résultat. Ces essais, dont j'abrège beaucoup l'exposition, nous démontrèrent positivement que les portions de viande et de croûte que nous avions examinées, ne renfermaient aucune trace de matière organique vénéneuse, ni de sels métalliques à base d'arsenic, de cuivre, d'antimoine ou de plomb.

Ces résultats négatifs me firent penser que les accidens éprouvés par la famille Plassiard pouvaient bien être dus à une altération du jambon semblable à celle dont les effets étaient observés depuis long-temps en Allemagne, et que subissent des viandes de même espèce. Cette opinion se trouve en effet confirmée par les observations qui ont été faites plus récemment, et que j'ai citées plus haut d'après un mémoire intéressant du docteur Schumann, de Berlin, inséré dans le cahier de novembre *du Bulletin des sc. méd.* Le cahier de ce médecin mérite d'autant plus de fixer

l'attention, qu'il renferme tout ce qu'on sait de plus positif aujourd'hui sur cette matière. Voici quels sont, d'après lui, les symptômes généraux de ce genre d'empoisonnement.

Les personnes affectées ressentent, après douze ou vingt-quatre heures, quelquefois plus tard, une grande lassitude et des coliques violentes, accompagnées de sécheresse de la bouche, du nez, de la langue, de l'arrière-gorge et du larynx, en sorte que la voix est enrouée, rauque, la soif continuelle, la déglutition difficile, douloureuse, quelquefois impossible, et cependant il existe ordinairement en même temps un appétit prononcé. Plus tard, des nausées et des vomissemens se manifestent; il survient des alternatives de frissons et de chaleur, des éructations avec saveur acide ou amère, une toux croupale avec aphonie presque complète vers la fin de la maladie. Abdomen tantôt douloureux et météorisé, tantôt souple et indolent; le plus souvent constipation, évacuations de matières dures, noires, globuleuses; pouls dur, petit, tantôt lent, d'autres fois un peu accéléré, battemens du cœur à peine sensibles; peau sèche, froide, rude au toucher; paupières affaissées; pupille plus dilatée ou plus rétrécie que dans l'état naturel, ou bien sans changement appréciable; vue trouble; quand les accidens se prolongent, la sensation du toucher devient de plus en plus obtuse, la tête est pesante, céphalalgie violente, rougeur et gonflement de la face, anxiété, vertiges, étourdissemens, défaillances, assoupissement. Le malade maigrit beaucoup et s'affaiblit rapidement. Lorsque l'issue est funeste, on observe une diarrhée subite, excrétion involontaire de l'urine, faiblesse augmentée de la vue; la déglutition devient libre tout-à-coup, et le malade succombe sans agonie pénible, et en conservant jusqu'à la fin toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

La durée de ces accidens est variable, et dépend de la quantité d'alimens altérés qui a été prise, et de la susceptibilité propre à chaque individu. Quand ces différens symptômes se développent dès le début avec intensité, ils se succèdent rapidement, et la mort ne tarde pas à en être la suite; lorsqu'ils se manifestent, au contraire, avec peu d'intensité, l'état de souffrance peut se prolonger pendant des mois et même des années (il est probable qu'alors, quoique l'auteur n'en dise rien, les accidens se prolongent ainsi, parce que les individus affectés continuent de manger des mêmes viandes); dans ce cas, les malades se plaignent d'une sécheresse continuelle de la bouche et de l'arrière-gorge, de douleur en avalant, d'enrouement, de constipation, de dysurie, etc.; le corps s'amaigrit, prend un aspect cadavéreux. En général, la convalescence est toujours longue, et chez des individus qui n'avaient été que légèrement indisposés, plus d'une semaine s'écoulait avant qu'ils revinssent à leur état de santé ordinaire.

A l'autopsie des individus qui ont succombé, on a trouvé les organes dans l'état suivant. Le plus souvent les vaisseaux cérébraux sont remplis d'un sang liquide, bleu-noirâtre; les ventricules du cerveau contiennent, tantôt du sang pur, tantôt de la sérosité sanguinolente, et d'autres fois une grande quantité de sérosité limpide. Le plus ordinairement, la substance cérébrale est dans l'état normal, quelquefois elle est très-injectée de sang, dans quelques cas elle était dans un état de ramollissement très-prononcé. Tous les nerfs qui traversent la cavité thoracique, comme le diaphragmatique, le pneumo-gastrique, le grand sympathique, offrent un changement de couleur dans le voisinage du cœur. Leur névrilème est enflammé, et la pulpe nerveuse a une teinte plus foncée que dans l'état naturel.

La langue et les gencives sont recouvertes de mucosités épaisses, l'épiderme de ces parties est blanc et ridé; l'œsophage est communément enduit d'un mucus tenace, quelquefois sanguinolent; la membrane muqueuse est enflammée, couverte de taches et souvent d'aphthes: quand on ouvre l'abdomen, il se dégage quelquefois des gaz d'une extrême fétidité. Le péritoine offre çà et là des rougeurs. A la face interne de l'estomac s'observent des points d'inflammation, surtout vers l'orifice cardiaque. Les vaisseaux de cet organe sont très-gorgés de sang, ses tuniques épaissies, et la membrane muqueuse enduite d'une mucosité jaune et visqueuse. L'intestin grèle, quelquefois très-distendu par des gaz, présente des traces d'inflammation très-intense, et souvent des plaques gangréneuses. Dans le gros intestin, on trouve des matières noires et durcies. Le foie est singulièrement développé, sa couleur noire; quelquefois il est enflammé (l'auteur aurait dû décrire cet état au lieu de l'indiquer simplement), il contient un sang noir et liquide, la vésicule est souvent remplie de bile. Le plus fréquemment, la rate et le pancréas sont dans l'état sain. Les vaisseaux du mésentère sont ordinairement gorgés de sang. Il en est de même des reins. La vessie offre des traces d'inflammation, elle est quelquefois contractée sur elle-même.

La plèvre costale est comme injectée de sang, les poumons ont une teinte bleu-noirâtre, marbrée, leur tissu est plus ferme que dans l'état naturel, il est gorgé d'une grande quantité de sang noirâtre et visqueux : la trachée-artère et les bronches contiennent, le plus communément, un mucus épais, tenace, quelquefois sanguinolent. Le péricarde est aussi enflammé, et sa cavité remplie parfois d'une abondante quantité de sérosité. Le cœur est flasque, mou, facile à déchirer; le ventricule droit contient ordinairement des caillots noirs, visqueux, polypiformes : le

ventricule gauche est habituellement vide. La membrane qui tapisse les cavités du cœur et des gros vaisseaux est très rouge (fortement phlogosée , dit le docteur Schumann.)

Les animaux qui périssent empoisonnés par les mêmes viandes altérées ont offert les mêmes altérations cadavériques. Mais le docteur Schumann fait remarquer que l'action délétère de ces alimens est bien moins énergique chez les animaux que chez l'homme; qu'il en est qui peuvent en manger une grande quantité sans éprouver autre chose que quelques vomissemens et déjections alvines, et qu'ils offrent aussi une très-grande différence dans le rapport de leur susceptibilité à éprouver ces accidens d'empoisonnement.

La nature des symptômes observés sur les individus empoisonnés de cette manière, et les altérations trouvées sur le cadavre, pouvaient éclairer beaucoup sur le choix du traitement qu'il convenait d'employer pour combattre ces accidens; mais une autre recherche devait également fournir des lumières utiles : c'était la connaissance du principe délétère développé par suite de l'altération de ces viandes fumées. Plusieurs médecins allemands ont publié, à diverses époques, les résultats de leur examen à cet égard. Emmert avait assimilé ce principe à l'acide hydrocyanique, mais la nature des phénomènes qui se manifestent ne permet pas d'admettre cette opinion; le docteur Kerner pensa d'abord, d'après des expériences chimiques, que les boudins fumés produisent, par leur décomposition, un *acide gras* qui cause tous les accidens, et plus tard il considéra ce principe comme un alcaloïde, dont l'existence est loin d'être démontrée. Le docteur Weiss admettait que ce principe agissait chimiquement sur le sang, et était analogue à celui du typhus contagieux. Nous avons déjà parlé de l'opinion du docteur

Berres, qui admettait la présence de l'acide pyro-ligneux dans les boudins fumés, et considérait cet acide comme l'agent vénéneux. Toutes ces opinions ne reposent, comme on le voit, sur aucunes preuves directes; mais les expériences plus récentes de MM. Buchner et Schumann nous paraissent devoir jeter un nouveau jour sur la question dont il s'agit; je les extrais du mémoire de ce dernier, auquel j'ai également emprunté ce qui précède.

M. Buchner a traité d'abord par l'eau une portion de boudins de foie fumés, qui avaient déterminé des accidens d'empoisonnement. La liqueur fut ensuite soumise à la distillation, et le produit de cette distillation, de même que le résidu, ayant été administrés à des animaux, il n'en résulta aucun effet. De cette première expérience, M. Buchner conclut que l'eau ne dissolvait pas le principe délétère que contenait cette viande. Une autre portion des mêmes boudins fut traitée par l'alcohol à chaud. La liqueur, évaporée lentement, donna pour résidu une masse brune, mollasse, d'une odeur peu désagréable, d'une saveur piquante, nauséeuse, et analogue à celle de la graisse altérée. En goûtant un peu de cette matière, M. Buchner éprouva dans l'arrière-gorge et l'œsophage un sentiment de sécheresse qui dura plusieurs heures. Ce résidu ayant été traité par l'eau distillée, cette solution fut décantée, la liqueur soumise à l'évaporation, et le résidu ne produisit aucun accident aux animaux auxquels on l'administra. Mais il n'en fut pas de même de la portion de l'extrait alcoholique non-soluble dans l'eau : celle-ci avait l'aspect d'une graisse molle et gluante, de couleur jaune, devenant brune au contact de l'air, d'une odeur particulière et nauséabonde, d'une saveur rebutante, qui décelait un corps gras. Un demi-grain porté sur la langue causa, dans l'arrière-gorge, une sécheresse très-grande qui persista plusieurs heures. Un chien, auquel

on en fit avaler (la dose n'est pas indiquée) succomba au bout de treize jours. D'après ces diverses expériences, M. Buchner pense que le principe délétère des boudins altérés est un corps gras qu'il nomme *acide gras des boudins*. Ce corps, insoluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcohol et l'éther, se combine avec la potasse, et forme un savon brun très-soluble dans l'eau.

Les expériences que M. Schumann a faites de son côté à la même époque, l'ont conduit à des résultats semblables à ceux de M. Buchner. Il constata que le principe extrait par l'alcohol déterminait sur les animaux des effets identiques à ceux produits par l'ingestion des boudins altérés, et les lésions cadavériques qu'il observa étaient les mêmes que celles décrites plus haut chez l'homme. De ses recherches, M. Schumann a tiré les conclusions suivantes : 1.° les boudins de foie sont plus sujets à se gâter que les boudins ordinaires ; 2.° la formation du principe délétère est due à une décomposition putride favorisée par l'action de la fumée, et surtout par l'huile empyreumatique que cette dernière contient; ce principe vénéneux développe particulièrement son énergie lorsqu'il a été mêlé aux sucs gastriques; 3.° ce principe a de l'analogie avec l'adipocire, le butyrin, la phocénine; 4.° il est probable que dans l'estomac le principe vénéneux se dégage sous forme gazeuse, ce que tend à prouver la mauvaise odeur qui s'exhale de la bouche des malades pendant la durée de l'empoisonnement.

Je ne chercherai pas à discuter ici les conclusions émises par M. Schumann; je me bornerai à faire remarquer que les résultats fournis par l'analyse chimique, et l'ensemble des symptômes de cet empoisonnement montrent que le principe délétère produit par la fermentation putride des viandes fumées agit à la manière des poisons irritans, et qu'il doit être rangé dans cette classe. Dans les

boudins et les saucisses du Wurtemberg, on reconnaît qu'ils sont altérés, lorsqu'en les coupant ils sont, à leur centre, d'une consistance molle, pâteuse, tandis que les couches extérieures ont un aspect grumeleux, sec et moisi; en outre, ils ont une odeur désagréable, une saveur acide et rance, et peu après leur ingestion ils causent un sentiment de brûlure dans l'estomac. Je ne pus m'assurer si la viande du jambon qui produisit les accidens que j'ai rapportés, offrait un commencement d'altération semblable : j'ai dit que lorsque les débris du pâté furent soumis à notre examen, ils étaient déjà couverts de moississure depuis plusieurs jours. Quoi qu'il en soit, il ne me paraît pas douteux que les accidens éprouvés à la même époque par la famille Plessiard et par plusieurs autres personnes qui, toutes, avaient mangé d'une même espèce de viande préparée chez le même patissier, que ces accidens, dis-je, n'aient eu la même cause que ceux qu'on a jusqu'ici observés particulièrement en Allemagne. Ce fait me paraît avoir quelque importance, car je ne sache pas que, jusqu'à présent, on en ait observé et signalé d'analogues en France. Un exemple de ce genre peut donc être utile, en ce qu'il donne l'éveil sur une espèce d'empoisonnement dont la source véritable, étant méconnue, pourrait fournir matière aux accusations les plus graves.

Taille bilatérale pratiquée à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Dupuytren, avec des instrumens perfectionnés par M. Charrière; par P. Menière, *D. M. P.*

Jamais peut-être à aucune époque de la science, le luxe des inventions chirurgicales n'a été porté aussi loin. Chaque

jour voit éclore de nouveaux instrumens, de nouveaux appareils; il n'est pas un praticien dont la trousse ne recèle quelque bistouri modifié, quelque sonde perfectionnée; tout le monde s'évertue à trouver des formes plus commodes et à appliquer aux diverses localités, des moyens qui y soient appropriés d'une manière toute spéciale. L'*Armamentorium* de Scultet, grossi de tant de superfluités, est complètement à refaire. Ce serait au reste un travail digne d'intérêt, que de réunir en un faisceau toutes les inventions du génie chirurgical moderne. Sans doute il y aurait beaucoup à élaguer, et ceux qui prétendent que le bistouri suffit seul dans le plus grand nombre des cas, seraient loin d'applaudir aux efforts de beaucoup de nos contemporains. Mais entre cette prohibition qui appauvrit et cette fécondité d'invention qui n'enrichit guère, il y a, comme en toutes choses, un juste milieu qui consiste à accueillir favorablement les instrumens d'une utilité réelle.

Les maladies de l'appareil urinaire ont été la véritable occasion, le point de départ de tous les progrès récens de la mécanique chirurgicale. L'idée capitale de Gruithuisen et de M. Leroy d'Etiolles en a entraîné une foule d'autres à sa suite, et de cette convergence des esprits vers un point unique est résulté un perfectionnement admirable dans tous les procédés opératoires destinés à la guérison des calculs vésicaux.

Il est évident que le sort des calculeux est amélioré dans une proportion considérable. S'il était possible de dresser la statistique de ces maladies, en France ou à Paris seulement, on verrait que les guérisons doivent augmenter de jour en jour, et il est facile de s'en rendre compte. L'attention publique, attirée sur ce sujet, rend une foule de malades beaucoup plus attentifs aux symptômes qu'ils éprouvent; les guérisons dont on parle les engagent à se confier de bonne heure aux gens de l'art, et de cette

double cause résultent ces effets remarquables, savoir; que l'on a à traiter des maladies bien plus récentes et des malades bien mieux disposés. Désormais les calculeux se trouvent divisés en plusieurs cathégories bien tranchées. Ceux qui ont une pierre peu volumineuse dans une vessie saine appartiennent de droit aux lithotriteurs, et par suite des circonstances ci-dessus mentionnées, le nombre s'en accroît tous les jours. Ceux dont le calcul est trop gros ou dont la vessie très-irritable ne peut supporter la distension et le contact des instrumens, restent entre les mains des lithotomistes. Il en est d'autres qui ne peuvent rentrer dans ces deux classes, et c'est fort heureusement le plus petit nombre; ce sont ceux chez qui la maladie trop ancienne a occasionné des altérations profondes dans l'appareil urinaire ou dans quelques autres organes importans.

Nous ne dirons rien ici de la lithotritie ni des motifs qui, lorsqu'elle est praticable, la rendent préférable à toute autre méthode opératoire; c'est aujourd'hui un point de doctrine chirurgicale hors de contestation.

La lithotomie paraissait, depuis le frère Côme, à l'abri de ces révolutions qu'on voit survenir dans certaines parties de la science. Les praticiens tels que MM. Dubois, Boyer, etc. semblaient avoir porté ce procédé à un point de perfection au delà duquel il n'était pas permis d'atteindre. Cependant depuis dix ans, l'expérience a prouvé le contraire, et on a le droit de s'étonner des immenses progrès faits dans une voie où tout paraissait connu. Nous n'essaierons point de faire l'historique des tâtonnemens successifs qui ont conduit à la taille verticale, à la taille transversale, puis enfin à celle connue sous le nom de bilatérale. Cette dernière a des avantages incontestables sur toutes les autres, et ils sont trop évidens pour que nous nous attachions à les faire ressortir. Une plus grande étendue donnée à la plaie dans une direction où l'on n'a

point à craindre de léser les artères, permet d'extraire avec facilité des pierres très-volumineuses et pour lesquelles il eut fallu naguère encore avoir recours à la taille hypogastrique. Au reste, les inconvéniens que l'on reprochait à la méthode sus-pubienne elle-même, diminuent de jour en jour depuis que plusieurs praticiens habiles en ont modifié les circonstances principales.

La taille bilatérale, telle que la pratiquait M. Dupuytren avec un lithotome à deux lames, s'ouvrant transversalement, a été jugée par l'expérience, et l'on a vu à l'Hôtel-Dieu vingt opérations de ce genre faites successivement dans les conditions les plus variées, être suivies d'un plein succès. Jamais peut-être, du moins dans les hôpitaux de Paris, aucune méthode, aucun procédé n'offrit de tels avantages; cependant, il y avait dans l'ensemble, aussi bien que dans les détails, des choses à modifier, et chaque nouvelle opération donnait lieu à des apperçus nouveaux. Pour abréger, nous allons rapporter très-fidèlement la dernière opération de ce genre pratiquée à l'Hôtel-Dieu. Nous décrirons à mesure qu'il en sera besoin, les instrumens dont on s'est servi, et nous ferons connaître en même temps les motifs qui ont engagé le chirurgien ou l'artiste à leur donner des formes différentes de celles qu'on avait adoptées jusqu'ici.

Un enfant de trois ans ressentit peu de temps après la naissance des douleurs dans la vessie, et bientôt divers symptômes décelèrent l'existence d'un calcul dans cet organe. Le jeune malade fût conduit à l'hospice de Perfectionnement dans le service de M. le professeur Bougon, et opéré à l'âge de deux ans. D'après la forme de la cicatrice, on a pensé que l'opération avait été faite sur la ligne mediane du perinée, et que c'était une modification du grand appareil. Des renseignemens plus précis ont prouvé que c'était au contraire la taille bilatérale; il faut

alors que quelque circonstance particulière ait modifié la forme de l'incision ou dérangé la cicatrice. Quoi qu'il en soit, l'enfant à qui on avait extrait un petit calcul poli, du volume d'une noisette, n'a pas tardé à ressentir de nouvelles douleurs dans les reins, puis dans la vessie et bientôt tous les symptômes ont annoncé la présence d'un nouveau calcul dans ce dernier organe. Il paraît qu'ils se forment d'abord dans le rein, puis qu'ils descendent peu-à-peu dans la vessie où ils s'accroissent rapidement. La forme et la texture de ces calculs prouvent la justesse de cette étiologie.

Conduit à l'Hôtel-Dieu, cet enfant, qui conserve un douloureux souvenir de la première opération, se laisse difficilement examiner; on parvient cependant à pratiquer le cathétérisme et à constater la présence d'un calcul peu volumineux. L'extrême jeunesse du sujet, et surtout son indocilité qui s'opposerait à l'introduction répétée et au jeu des instrumens lithotriteurs, n'ont pas permis d'avoir recours à ce moyen, et l'on a dû se décider promptement à pratiquer une seconde fois la taille bilatérale. Tout étant disposé convenablement, le petit malade a été conduit à l'amphithéâtre et opéré de la manière suivante.

Il est de règle de n'opérer que quand on trouve la pierre à l'instant même où le malade va être taillé. Comme un cathéter ordinaire est peu commode pour explorer la vessie, on se sert d'une sonde que l'on retire pour faire place au cathéter. Tous les praticiens savent que l'on éprouve très-souvent de la difficulté à substituer ce dernier instrument au premier: ce qui tient d'une part à sa trop grande courbure; de l'autre, à son extrémité beaucoup trop pointue et irrégulière, enfin à son volume qui est moindre que celui d'une algalie commune, de sorte que l'instrument peut d'autant plus facilement s'arrêter sous l'arcade du pubis. Il importait donc de remédier à ces

premiers inconvéniens qui sont assez grands puisqu'ils irritent le malade, blessent l'urètre et ont quelquefois occasionné des fausses routes. M. Charrière y est parvenu en donnant au cathéter plus de volume qu'il n'en a ordinairement, et surtout en le terminant par une sorte de bouton olivaire qui distend le canal et prépare une voie facile au reste de l'instrument. Un cathéter semblable à celui dont nous parlons, a été introduit sans peine dans la vessie de cet enfant, et a permis de reconnaître la position et le volume de son calcul.

Les anciens cathéters sont faits tout simplement avec une tige métallique pleine, recourbée en sens convenable, et creusée à la lime, d'un sillon angulaire sur la convexité de la courbure. Ce mode de fabrication s'oppose à ce que le sillon offre une certaine profondeur : aussi arrive-t-il très-souvent que le bistouri a de la peine à le rencontrer, et bien plus souvent encore que le bec du lithotome ne s'y loge que très-imparfaitement. Ce double inconvénient est un obstacle à la sûreté et à la promptitude de l'opération; il est la seule cause d'un accident très-grave, c'est-à-dire, le passage du lithotome dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum. Aussi, de tous temps, les praticiens ont-ils cherché à modifier le cathéter, et à rendre sa cannelure plus facilement accessible aux instrumens qui doivent nécessairement s'y loger.

Pour atteindre ce but, M. Charrière a confectionné des cathéters avec une lame de fer qu'il a recourbée à la manière des sondes ordinaires. Toute la portion destinée à faire saillir le perinée est largement ouverte et offre là un renflement semblable à celui des bougies à ventre. De cette manière il a obtenu une cannelure profonde, partout arrondie et terminée en cul-de-sac à ses deux extrémités. Son extrémité inférieure n'arrive pas tout-à-fait au bout de l'instrument, qui se trouve resserré dans l'espace d'une

à deux lignes, puis terminé par le bouton olivaire dont nous avons parlé. Ainsi cet instrument réunit toutes les conditions les plus favorables; il est facile de le mettre en place, plus facile encore de rencontrer sa cannelure, d'y placer le bistouri et ensuite le lithotome, et enfin, presqu'impossible de glisser à côté, et d'aller se fourvoyer dans les environs de la vessie.

L'enfant étant situé convenablement et maintenu en position par un aide, le chirurgien a tracé, au moyen du bistouri, une ligne elliptique à un pouce au-devant de l'anus, et dont les deux extrémités se rapprochent des tubérosités ischiatiques. Alors la pointe de ce bistouri, enfoncée directement dans la cannelure du cathéter, a fait une incision verticale destinée à frayer un passage au lithotome. Ce dernier instrument, tenu comme une plume à écrire, a suivi la route tracée, et après que quelques frottemens eurent indiqué un contact immédiat entre son bec et la cannelure, il a été enfoncé conjointement avec l'autre et porté dans la vessie pour la diviser en sortant. C'est ici que nous avons à décrire un nouveau lithotome.

Cet instrument, tel qu'il a été disposé par les Sir Henri, les Carter, les Lesueur pour la taille bilatérale, se compose de deux lames mues par une double bascule, et s'écartant horizontalement. Il en résulte que la section est tout-à-fait transversale et que l'on peut très-facilement aller diviser le tronc des honteuses internes. Si l'on n'a pas le soin de proportionner l'écartement des lames à celui des branches de l'ischion, si le détroit inférieur du bassin est un peu resserré, comme cela se rencontre très-ordinairement chez les hommes petits, on est fort exposé à intéresser ces gros troncs artériels, et il est aisé de prévoir les graves conséquences d'un semblable accident.

C'est pour y remédier en partie que M. Dupuytren appuyait avec force sur le lithotome en le retirant, afin

de rendre l'incision aussi oblique que possible et d'éloigner les lames du côté interne de l'os. Cette précaution qu'il avait érigée en précepte, surtout dans les cas où l'incision devait être grande, ne suffisait pas pour enlever toute crainte, et il est arrivé plusieurs fois de ne donner aux lames que douze ou quinze lignes d'écartement, lorsqu'il en eût fallu davantage pour rendre facile l'extraction du calcul. Souvent nous avons entendu le professeur émettre le vœu que l'on pût donner aux lames un degré d'obliquité qui rendît l'incision du col de la vessie semblable en tout point à celle faite à la peau du périnée au moyen du bistouri. Ce ne serait qu'alors, disait-il, que la taille bilatérale aurait atteint la perfection, puisque la plus grande ouverture possible serait faite à la vessie sans courir le moindre risque de blesser les vaisseaux. Mais ce problême était difficile à résoudre, et les habiles artistes dont nous avons parlé y avaient complètement échoué.

M. Charrière a été plus heureux. Nous avons examiné à loisir les divers essais qui l'ont conduit au but, et nous avons pu nous convaincre de cette vérité, qu'en mécanique comme en médecine et en tout, les meilleurs effets sont le résultat des causes les plus simples. C'est en simplifiant de plus en plus son instrument qu'il est parvenu à lui donner un degré de précision et d'utilité vraiment admirable.

L'instrument se compose d'une tige solide jusqu'à la moitié de sa longueur, creusée ensuite en forme de gaîne dont l'extrémité ou bec se recourbe légèrement en bas, en décrivant une petite portion de l'arc d'un grand cercle. Cette gaîne, qui reçoit les deux lames, est formée de deux parties superposées et dont la supérieure, plus large, est creusée en gouttière suivant un angle très obtus. Il en résulte que les ouvertures de la gaîne sont dirigées obliquement en bas et en dehors.

A l'endroit où la tige se transforme en gaîne, on trouve deux appendices percés suivant leur axe et destinés à recevoir le talon de la lame qui s'y attache au moyen d'une vis à bouton. Cette lame ainsi articulée porte à sa partie postérieure un prolongement quadrilatère, dirigé en dehors et armé d'un petit ressort qui s'appuie sur la tige centrale du lithotome. Ce ressort est destiné à retenir la lame dans sa gaine. La même chose a lieu du côté opposé, et les deux lames ainsi placées restent immobiles dans la cavité disposée pour les recevoir.

Pour mettre les lames en mouvement et vaincre la force continue qui les maintient en place, l'artiste a placé sous la tige de l'instrument une bascule qui s'attache à la pièce inférieure de la gaîne. Cette bascule, qui se prolonge en arrière presque jusqu'à l'extrémité du manche, est garnie d'un ressort qui glisse sous la tige et permet un rapprochement gradué au moyen d'un mécanisme très-simple dont nous allons parler bientôt. Pour que la bascule agisse à la fois sur les deux lames, elle porte, à la partie supérieure de son tiers antérieur, une fourche en acier dont les deux branches écartées en V sont reçues dans une mortaise percée à l'extrémité du talon quadrilatère de la lame. Aussitôt que l'on presse la bascule, les deux branches de la fourche remontent en même temps et forcent les lames à sortir de leur gaîne. En effet à mesure que la bascule se rapproche de la tige de l'instrument, les branches de la fourche, en vertu de l'obliquité, pressent le talon des lames, surmontent la résistance des petits ressorts et font l'office d'un levier du premier genre. Abandonne-t-on la bascule, elle revient à sa place, et la fourche en s'écartant permet aux ressorts de réintégrer les lames dans le lien qui est destiné à les recevoir.

Il s'agissait ensuite de graduer à volonté l'écartement des lames, afin de pratiquer une incision en rapport avec

le volume présumé de la pierre, les dimensions du bassin et l'âge du malade. La saillie des lames en dehors de la gaîne étant exactement proportionnée au mouvement de la bascule qui porte la fourche en question, il suit de là qu'on obtiendra un résultat satisfaisant en graduant les mouvemens de cette bascule. Depuis le point où elle s'articule avec la gaîne, jusqu'à celui où elle donne attache à la fourche, il y a un espace d'environ quinze lignes. Cette partie de la bascule est fenêtrée dans toute sa longueur, et reçoit un curseur armé en dessous d'un bouton que l'on serre à volonté, et en dessus d'un petit prolongement taillé en biseau, qui est destiné à aller s'appuyer sur la face inférieure de la tige du lithotome. Cette face est recouverte d'aspérités qui ne permettent pas le glissement de la tige. On conçoit dès lors que plus le curseur est rapproché du point d'insertion de la bascule, moins cette bascule peut jouer sur l'instrument, plus il se rapproche du lien où s'attache la fourche, plus l'écartement est considérable. La face latérale de la bascule porte des lignes vis-à-vis desquelles on arrête à volonté l'aiguille mousse du curseur. Des chiffres indiquent le degré d'écartement que l'on peut porter à dix-huit lignes et même au-delà. Une seconde échelle placée au côté opposé de la bascule indique le degré d'obliquité de l'incision : ainsi, lorsque celle-ci a dix-huit lignes d'étendue, l'arc de cercle qu'elle décrit a un rayon de sept lignes.

Avec un instrument ainsi disposé, l'opérateur n'est point obligé de baisser la main et de déprimer le périnée lors de sa sortie de la vessie; la configuration des lames produit nécessairement une incision intérieure, semblable en tout à celle qui a été faite sur la peau du périnée. Les deux extrémités deviennent presque parallèles au bord des branches de l'ischion, et ne peuvent, dans aucun cas, aller ouvrir les artères honteuses internes.

Introduit dans la vessie, comme nous l'avons dit, le cathéter fut retiré et le lithotôme ouvert au numéro 18. Il avait été préalablement retourné en sens contraire, c'est-à-dire la convexité dirigée en bas. Alors l'opérateur, attirant l'instrument directement à lui, incisa le col de la vessie et les parties latérales de son fond; la sortie de l'urine et d'une petite quantité de sang indiqua que la voie était ouverte au bouton explorateur et aux tenettes. Ceci constitue le dernier temps de l'opération que nous avons à décrire, et nous fournit l'occasion de parler encore d'un instrument perfectionné d'une manière non moins utile que ceux qui précèdent.

Les tenettes anciennes avaient le grave inconvénient d'ajouter au volume du calcul qu'elles renfermaient, un surcroît de volume dépendant du degré d'écartement de l'extrémité des cuillers; cet écartement augmentait à mesure que la pierre occupait un point plus rapproché de l'articulation des deux branches, et souvent un calcul peu volumineux devenait d'une extraction très-difficile à cause de ces circonstances. De plus, l'axe qui réunissait les deux branches de l'instrument étant placé plus près des cuillers que des anneaux, l'écartement de ces derniers augmentait en proportion de cet excédent de longueur, et il devenait très-incommode de tirer sur des anneaux placés à six pouces l'un de l'autre. Ce dernier inconvénient fut senti, et on y remédia en plaçant l'anneau, non plus dans la direction de l'axe de la branche, mais bien tout-à-fait en dehors. Plus tard, on fit subir à cette branche une flexion à angle obtus, de telle sorte que l'écartement des cuillers était déjà considérable lorsque les branches étaient encore parallèles. Ces modifications utiles ont été généralement adoptées, et aujourd'hui toutes les tenettes sont construites de cette manière.

L'inconvénient de l'écartement de l'extrémité des

cuillers existait toujours, et souvent M. Dupuytren faisait remarquer combien il était grand. Que l'on examine la chose avec attention, et l'on verra qu'une pierre de quinze lignes de diamètre, rapprochée de l'origine des cuillers, donne lieu à un écartement de plus de deux pouces entre l'extrémité de ces mêmes cuillers. Il en résulte que le calcul est déjà engagé dans la plaie du périnée, lorsqu'une partie de l'instrument reste encore dans la vessie, et ne peut arriver au-dehors sans des efforts considérables, sans produire une contusion ou des déchirures des parties molles. La pierre étant chargée, les deux cuillers qui s'écartent en proportion de son volume forment les deux côtés d'un cône, dont le sommet répond au point d'articulation des deux branches de l'instrument, tandis que la base se trouve dans le bas fond de la vessie. L'instrument est donc lui-même un obstacle au succès de l'opération, et peut être s'étonnera-t-on de ce qu'on l'on n'ait pas plus tôt cherché à faire cesser une disposition si défavorable.

C'est encore à M. Charrière que nous en avons l'obligation. Il a d'abord construit des tenettes dont le point d'articulation était placé en dedans de l'axe de chacune des branches; il avait suffi pour cela de leur donner en cet endroit un peu plus de largeur. Cette modification, toute légère qu'elle paraisse, avait cependant pour résultat de rapprocher les cuillers de la direction parallèle et de diminuer la largeur de la base du cône qu'elles tendent toujours à former. Cette première idée en a bientôt fait éclore une autre qui ne laisse probablement rien à désirer. Si, après avoir placé le point d'articulation des deux branches en dedans de l'axe de chacune d'elles, on parvient à rendre ce point mobile dans une direction verticale à cet axe, on produira cet effet remarquable : un calcul étant saisi, les deux cuillers tendront à devenir parallèles, et le deviendront en effet, en raison de la mo-

bilité de l'écrou qui les réunit. Ce jeu d'une branche sur l'autre peut être porté jusqu'à six lignes, et l'on conçoit dès lors que les deux côtés du cône puissent être ramenés à la parallèle, ou du moins à une obliquité infiniment peu marquée. Pour produire cet effet si remarquable, il a suffi de pratiquer, sur les faces correspondantes des deux branches de l'instrument, des charnières coniques en sens opposé, dont la partie la plus évasée reçoit la tête d'un clou, qui glisse alternativement dans la seule direction transversale. Ce mécanisme si simple, et en même temps si ingénieux, permet une extrême mobilité sans être pour cela moins solide; des tenettes de ce genre ont été éprouvées, et elles résistent parfaitement à la plus forte pression. Les charnières sont acculées dans une pièce particulière que reçoit une mortaise de la branche; elles sont fixées au moyen d'une vis centrale qui permet de les démonter avec facilité.

Les cuillers sont un peu plus larges et plus longues que dans les anciennes tenettes, ce qui rend le chargement de la pierre plus facile. L'excédent de volume de l'instrument est plus que compensé par la direction que prennent les deux branches quand elles contiennent le calcul. Elles sont, d'ailleurs, excavées à leur intérieur, de sorte que le diamètre de ce calcul se trouve à peine augmenté d'une ligne et demie de chaque côté. Les bords sont armés de dents qui retiennent parfaitement le corps étranger. En somme, l'instrument n'est ni plus volumineux ni plus difficile à manœuvrer que les tenettes ordinaires; il s'introduit de la même manière, et n'offre de différences que pour les points que nous avons notés.

Un instrument de cette espèce, mais proportionné, ainsi que le lithotôme, aux petites dimensions du bassin de l'enfant, fut porté dans la vessie sur la crête saillante de la tige du bouton explorateur; ce dernier instrument

retiré, la pierre fut sentie, la tenette fut ouverte médiocrement, et un seul mouvement de rotation suffit pour la charger. Le rapprochement des cuillers était très-grand, vû le petit volume du calcul, et les lames conservaient une direction parallèle. Il fut extrêmement facile d'amener le tout au-dehors, et la plaie fut à peine un peu distendue. Ce dernier temps de l'opération, en général si douloureux, fut rapide, et le petit malade ne poussa pas un cri. La pierre avait le volume d'une amande; elle était, comme celle déjà extraite, lisse, polie, d'un jaune clair, peu compacte et assez légère.

L'opération a duré à peine une minute, et il a été clair pour tous les spectateurs que les diverses modifications dont nous avons parlé l'avaient rendue, et plus courte, et plus facile, et surtout moins douloureuse. Si l'on ajoute à ces avantages celui bien préférable encore d'une absence complète de danger, on en devra conclure que la taille bilatérale, pratiquée de cette manière et avec ces instrumens, offre une garantie de succès qu'on ne trouve au même degré dans aucune autre méthode. Le cathéter, le lithotome et la tenette forment un appareil complet qui répond à toutes les exigeances, remplit toutes les indications, et met en faveur de la guérison toutes les chances les plus favorables.

Considérés en eux-mêmes, ces instrumens ont le grand mérite d'être d'un usage facile, de ne présenter, dans leur structure, aucune complication qui en rende le jeu incertain et la solidité douteuse. Il n'y a point à craindre qu'ils viennent à manquer entre les mains de l'opérateur, et leur mécanisme se prête facilement à toutes les circonstances fortuites qui se rencontrent chez les calculeux. Le lithotome surtout qui, seul, a besoin d'un repassage pour les lames, se démonte en un clin-d'œil, et se remonte de même. Les praticiens apprécieront cet avan-

tage. Tout le monde sait combien le lithotome du frère Côme est difficile à mettre en bon état. Il faut, le plus souvent, avoir recours aux couteliers de Paris, et encore ne parviennent-ils pas tous à le disposer convenablement. Il n'en est pas de même du nouvel instrument, qui n'exige, pour les réparations d'usage, que le degré d'habileté que l'on rencontre chez tous les couteliers ordinaires.

Le jeune malade de M. Dupuytren n'a éprouvé aucun accident consécutif; dès le quatrième jour de l'opération, les urines passaient en entier par la verge, et la plaie était en voie de cicatrisation. Le quatorzième jour, la cicatrice était complète, et le jeune garçon sortit bientôt parfaitement guéri.

Ce n'est pas la promptitude de la guérison qui est remarquable; car on la voit survenir, dans un temps aussi court, chez des sujets opérés d'une toute autre manière; mais c'est cette réunion de circonstances favorables que nous avons indiquées. L'absence complète de tout danger d'hémorrhagie, l'extraction facile du calcul sans distension de la plaie, sans contusion du col de la vessie, sans phlogose secondaire de ces parties, voilà les véritables avantages de la taille bilatérale pratiquée avec l'appareil lithotomique que nous venons de décrire. Ces avantages sont tellement évidens, que beaucoup de chirurgiens se sont empressés de substituer les nouveaux instrumens à ceux qu'ils possédaient. Nous savons que plusieurs opérations ont été pratiquées non moins heureusement en ville et dans quelques établissemens particuliers. Leurs auteurs se réservent d'en faire connaître les détails et de confirmer, par leur propre expérience, les résultats que nous consignons ici.

Observations pour servir à l'histoire de l'hydrocéphale aiguë des vieillards, ou apoplexie séreuse; par M. Bosc, *interne des hôpitaux.*

L'apoplexie séreuse, telle que la concevaient les anciens auteurs, ne peut plus être admise aujourd'hui. Les faits d'anatomie pathologique recueillis dans ces derniers temps ont prouvé suffisamment que les collections séreuses encéphaliques n'étaient qu'un phénomène consécutif aux lésions de l'appareil cérébro-spinal. Il serait facile de prouver que ces mots, apoplexie séreuse, hydrocéphale aiguë, n'ont pas toujours eu la même valeur, qu'on a dit de préférence apoplexie séreuse, lorsque les phénomènes fonctionnels morbides étaient bornés à un seul côté, et hydrocéphale lorsqu'ils se déclaraient des deux côtés. Mais aujourd'hui ces deux expressions paraissent avoir la même valeur, et c'est d'après la nature des symptômes et d'après leur mode d'apparition que M. Guersent admet une hydrocéphale ataxique et une hydrocéphale apoplectique.

L'objet de ce mémoire est, 1.° de confirmer une proposition émise pour la première fois par M. Rochoux, et sanctionnée depuis par l'expérience, savoir que les apoplectiques qui restent paralysés sont souvent atteints d'un épanchement séreux qui les tue; 2.° et de rechercher s'il existe quelques signes qui puissent faire distinguer l'épanchement séreux de tout autre.

Propos. I.re — L'apoplexie séreuse n'est pas le plus ordinairement essentielle, mais produite par une lésion organique du cerveau ou de ses dépendances; elle peut survenir brusquement et sans signes précurseurs; elle

peut s'accompagner de symptômes qui la dénotent ou en font fortement présumer l'existence.

I.re *Obs., recueillie à Bicêtre en* 1827. — Un vieillard de 60 ans, maigre, affaibli par l'âge et la misère, était, depuis deux ans, paralysé des membres du côté gauche. La paralysie n'affectait que le mouvement; elle était survenue tout-à-coup sans avoir été précédée de douleurs de tête continues : un jour, sans cause connue, ce vieillard perd subitement connaissance, il est insensible à l'action des agens extérieurs; sa bouche se dévie, elle est affectée de mouvemens *convulsifs* dans le côté droit; ses lèvres sont chassées en avant, puis en arrière, par l'air dans les mouvemens de respiration; le bras du côté droit est pris aussi de quelques *mouvemens convulsifs;* la respiration est stertoreuse. La mort survient quelques heures après.

A l'ouverture du cadavre, on trouva dans la couche optique, et surtout dans le corps strié du côté droit, les traces d'un ancien épanchement sanguin, consistant en cellulosités qui traversaient la portion de substance cérébrale détruite; l'altération ne ressemblait pas aux kystes décrits par M. Riobé; mais la guérison tendait à s'opérer par le mode dont a parlé M. Rochoux. Le *ventricule gauche était fortement distendu par une sérosité limpide.*

On voit dans cette observation que les symptômes apoplectiformes ne sont pas entièrement semblables à ceux qui dépendent des hémorrhagies cérébrales. En effet, la perte subite de connaissance, la paralysie sont les seuls caractères communs; les mouvemens convulsifs dans le côté nouvellement affecté constatent un phénomène précieux. Remarquons la coïncidence entre une lésion ancienne du cerveau, et un épanchement séreux qui produit la mort.

II.e *Obs., recueillie à la Pitié en* 1828. — Un autre

vieillard, à-peu-près du même âge, ayant la même constitution, mais atteint d'une hypertrophie du ventricule gauche, fut pris subitement, il y a environ deux ans, d'un étourdissement qui s'accompagna de paralysie incomplète du bras gauche seulement; il y eut aussi perte incomplète et de courte durée de l'intelligence. Quelque temps après, il sentit peu à peu ses jambes fléchir sous lui, puis les membres supérieurs et le tronc furent agités, quand il était debout, de tremblemens qui allèrent successivement en augmentant. La paralysie persistait dans le bras gauche; le sentiment était intact; le malade se plaignait seulement de temps à autre de fourmillemens dans les membres. Du reste, l'état du malade ne faisait pas présumer une fin prochaine, lorsque tout à-coup, un matin, il tombe, perd en partie connaissance, pouvant répondre, quoique lentement, aux questions qui lui sont adressées; porté dans son lit, ses membres ne sont pas en résolution, *il les agite beaucoup*. La mort survient quelques heures après.

L'ouverture du cadavre montre trois altérations différentes, et qui sont en rapport avec les phénomènes qu'a présentés ce malade pendant la dernière année de sa vie.

1.° Petit kyste apoplectique, consistant en une cavité à parois lisses, tapissées par une membrane exhalant un liquide jaunâtre, visqueux. 2.° Ramollissement blanc de la partie antérieure de la moelle, étendu de la quatrième paire cervicale à la deuxième paire dorsale. Ce ramollissement occupe les deux tiers antérieurs de la moelle; la substance médullaire est transformée en une bouillie blanchâtre, uniforme, sans teinte grise. Point d'altération dans les membranes. 3.° Abondante quantité de sérosité qui s'écoule à l'ouverture du crâne, et qui se trouve infiltrée dans la pie-mère et épanchée dans les ventricules, qui sont également et fortement distendus.

Le kyste apoplectique rend compte de la paralysie incomplète du bras, et ici le siège de la paralysie est en rapport avec le siège de l'altération, du moins d'après l'opinion de MM. Foville et Pinel Grand-Champ. Les tremblemens qu'a présentés ce malade trouvent leur cause dans la lésion de la moelle, et l'on pourrait demander pourquoi une lésion aussi profonde n'a pas produit une paralysie complète. Enfin, reste pour expliquer les symptômes apoplectiformes, l'épanchement séreux qui en est ici la véritable cause; et on n'en doutera plus si on rapproche cette observation de la précédente: mêmes lésions, mêmes symptômes.

Propos. II.e — Les mouvemens convulsifs peuvent manquer; la mort peut ne pas être le résultat nécessaire de l'apoplexie séreuse.

III.e *Obs. recueillie à la Pitié en* 1828. — Un homme âgé de 45 ans, menuisier, était, depuis plusieurs années, affecté d'une paralysie incomplète, n'occupant que les muscles, et se manifestant par une faiblesse de contractilité, et parfois par des engourdissemens; la marche était lente, incertaine. Il fut traité avec quelque avantage par les révulsifs sur la colonne vertébrale, lorsque, se trouvant mieux, il sortit de l'hôpital où il avait reçu des soins. Quelques jours après, étant à boire avec plusieurs de ses camarades, il fut pris d'une *attaque d'apoplexie*, perdit subitement connaissance, et abandonné des siens sur la voie publique, il ne fut porté que le lendemain à l'hôpital, où l'on observa les symptômes suivans: Perte complète de l'intelligence, insensibilité à tous les agens, les membres soulevés et abandonnés à leur propre poids retombent comme des masses inertes; ils *sont en résolution, et nullement le siège de contractures;* lorsqu'on les pince, ils ne manifestent pas de douleur; la bouche n'est pas déviée; la langue ne peut être examinée; la face est

rouge; le décubitus a lieu sur le dos. Traitement antiphlogistique et dérivatif des plus énergiques. Après deux jours passés dans le même état, le malade recouvre connaissance, balbutie quelques mots; il meut un peu ses membres; le mieux se prononce, se soutient; le malade est en état de rendre compte de ses maladies antérieures; de lui on apprend les détails que nous avons donnés.

Mais à ce mieux succède une prostration produite par un érysipèle gangréneux de la jambe, et le malade meurt dans l'adynamie, dix-huit jours après l'invasion des symptômes apoplectiformes.

L'examen attentif du système nerveux fit voir une grande quantité de sérosité sous l'arachnoïde et dans les ventricules. Aucune autre altération dans le cerveau. L'arachnoïde rachidienne était le siége, dans la portion qui tapisse la partie antérieure de la moelle, depuis la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la huitième dorsale, d'une phlegmasie chronique caractérisée par une exsudation de fausses membranes, étendues en stries et nullement en plaques, de couleur noirâtre, contrastant avec la rougeur de la pie-mère sous-jacente. Une sérosité rougeâtre était contenue dans la cavité de l'arachnoïde; la moelle était légèrement injectée et ramollie dans sa partie antérieure.

Dans cette observation, on voit une plegmasie chronique de l'arachnoïde rachidienne et de la moelle déterminer une paraplégie, et être suivie de symptômes apoplectiformes qui s'amendent sous l'influence d'un traitement approprié. Ici, il n'y a pas, comme dans les cas précédens, des mouvemens convulsifs, du moins ils n'ont pas été vus; l'altération qui produit l'épanchement a son siége, non dans le cerveau, mais dans la moelle, et la mort est due, non à la lésion du système nerveux, mais à une affection intercurrente.

En comparant les trois observations que nous venons

de citer, on est frappé de la ressemblance qu'elles présentent sous trois rapports; 1.° présence d'une lésion plus ou moins ancienne; 2.° symptômes apoplectiques récens; 3.° lésion de la pulpe cérébrale, mais avec une abondante quantité de sérosité. Et cette triple considération ne permet pas de ne pas voir ici un enchaînement de causes et d'effets. Dans les deux derniers cas, l'épanchement dû à une lésion de la moelle, paraît se faire en même temps dans toutes les cavités encéphaliques, puisque les symptômes sont généraux; dans le premier au contraire, les symptômes sont partiels, c'est-à-dire bornés à un seul côté du corps, et l'épanchement se trouve circonscrit dans le ventricule du côté opposé; il est très-remarquable, vû la communication normale des ventricules, que le liquide ait présenté cette disposition, d'autant plus que les paralytiques se couchent ordinairement sur le côté paralysé, et c'était précisement le cas de notre malade qui reposait sur la partie droite du corps; il semblerait que cette double circonstance dût favoriser le passage du liquide épanché d'un ventricule dans celui du côté opposé.

Propos. III.° — Les mouvemens convulsifs se manifestant en même temps que des symptômes d'apoplexie, n'indiquent pas d'une manière certaine l'apoplexie séreuse; ils ne pourraient la faire présumer qu'autant que l'individu qui les présenterait serait un paralytique.

On a signalé que dans l'hémorrhagie cérébrale forte, et dans quelques autres affections, lorsqu'il y a paralysie d'un côté, souvent les membres de ce côté opposé sont pris de mouvemens convulsifs, et l'explication de ce phénomène a varié; 1.° ils peuvent être dus à l'hémorrhagie même qui, très-abondante, comprime le côté sain, et cette cause est admise par un grand nombre d'auteurs; 2.° une phlegmasie cérébrale peut s'être développée dans un lobe en même temps que celui du côté opposé est le siége d'une

hémorrhagie; 3.° la souffrance sympathique d'un lobe peut les produire dans le lobe opposé, suivant M. Piorry.

Je ne nie point la valeur plus ou moins grande de ces opinions, mais quelques faits que j'ai recueillis me font présumer qu'une autre cause peut les produire; j'ai vu plusieurs fois que, lorsqu'une hémorrhagie a pénétré dans un ventricule, et que la partie la plus fluide du sang a passé dans le ventricule opposé, des mouvemens convulsifs se sont manifestés dans la partie du corps que ce côté tient sous son influence; je ne suis pas éloigné de croire qu'une disposition analogue existait dans les cas où l'on a vu une hémorrhagie cérébrale produire la paralysie d'un côté, et de l'autre des mouvemens convulsifs; je n'oserais cependant l'affirmer, n'ayant pas analysé ces faits.

Une observation viendra à l'appui de mon opinion.

Observation recueillie en 1829 à la Salpétrière. — Hémorrhagie centrale, hemiplégie à droite, et mouvemens convulsifs dans le bras gauche. — Au n.° 24 de la salle Saint-Alexandre, fut placée une femme qui perdit subitement connaissance; elle devint tout-à-coup paralysée du bras et de la jambe du côté droit, et presque en même temps la contracture et des mouvemens convulsifs se manifestent dans le bras gauche. Le contracture était peu prononcée, elle cessa, puis revint pour cesser de nouveau. Quant aux mouvemens convulsifs, ils existèrent presque constamment jusqu'au moment de la mort, et furent assez prononcés pour qu'on ait été obligé d'attacher le bras.

Deux saignées furent pratiqués; des dérivatifs sur le canal intestinal et les membres pelviens furent mis en usage, mais le tout inutilement, la malade succomba le cinquième jour.

L'examen du cadavre fit voir une hémorrhagie centrale dans la couche optique gauche et dans la partie postérieure

du corps strié, et ayant pénétré dans le ventricule correspondant. La partie la plus liquide du sang avait passé au moyen de l'ouverture de communication dans le ventricule moyen, et de là dans le ventricule latéral droit où il était accumulé. La membrane qui le tapisse ne présentait pas de traces d'inflammation. Il n'existait pas d'autres lésions, ayant rapport du moins à la maladie qui nous occupe.

Observation de cataracte membraneuse accidentelle, survenue en très-peu de jours, à la suite d'un coup sur l'œil, guérie spontanément au bout de huit mois; par M. Rennes, *médecin ordinaire des armées, agrégé de la Faculté de Médecine de Strasbourg.*

M. R.***, âgé de 62 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, étant occupé, pour ses loisirs, à quelques travaux de jardinage, reçut, le 10 février 1828, au grand angle de l'œil droit et vers le trou surcilier un coup de branche de rosier, qui ne fut accompagné dans l'instant que de peu de douleur, mais que suivit immédiatement l'obscurcissement de la vue de ce côté. Dès les premiers momens, en effet, sans que l'œil se fût couvert d'aucune rougeur, sans aucune trace d'inflammation ou de lésion extérieure de l'organe contus, tous les objets semblèrent couverts d'un nuage rouge foncé, qui devint de jour en jour plus épais, jusqu'à ce que la vue se perdit complètement et ne permit plus de distinguer le jour de l'obscurité.

Comme le coup, quoique violent, n'avait d'abord déterminé que peu de douleur, et n'avait point été suivi des symptômes ordinaires de l'inflammation, M. R.*** s'en inquiéta fort peu. Ce fut seulement le 6.e jour après l'ac-

cident, qu'ayant ressenti quelques douleurs passagères dans la région sus-orbitaire, et s'étant aperçu en même temps que la vue déclinait de plus en plus, il prit le parti de condamner cet œil au repos, et de faire usage d'un collyre composé avec l'eau de rose et l'eau de plantain. Les douleurs s'étant accrues néanmoins, dix sangsues furent appliquées à la tempe droite, d'après les conseils de son médecin : les piqûres ne donnèrent que peu de sang, et cette saignée capillaire n'apporta presque aucune modification dans l'état de l'œil malade, dont les fonctions furent comme entièrement perdues trois semaines seulement après le coup que M. R.*** avait reçu. Il prit cependant encore quelques précautions pendant une quinzaine de jours; il continua de maintenir l'œil couvert d'un bandeau, et revint à l'usage du collyre précédemment indiqué. Mais le 20 mars, ennuyé de l'insuccès de ces divers moyens, et sur ce que lui dit un *oculiste ambulant* que jamais il ne recouvrerait l'usage de cet œil, la pupille n'éprouvant plus aucun effet de la lumière, il le négligea complètement, et se livra sans réserve à des occupations fatigantes. Le 10 juillet, la personne dont il s'agit fut prise d'une fièvre intermittente double-tierce, à apyrexies fort courtes, dont les accès devinrent promptement pernicieux, et se manifestèrent, le 5.e et 6.e jours, par la petitesse du pouls, la perte des fonctions intellectuelles, la prostration la plus complète, le froid glacial des extrémités, et autres symptômes graves d'une congestion céphalique des mieux prononcées. 25 à 30 grains de sulfate de quinine en poudre ayant triomphé de cet état, la convalescence sembla marcher avec assez de rapidité, lorsque M. R.***, encore très-affaibli par la maladie, mais ne s'occupant plus de la perte de son œil droit, est fort étonné le 11 septembre, en se réveillant, de voir, de l'œil qui jusqu'alors était resté sain, tous les objets environnés

d'une auréole de sang. Cet état inquiétant persiste toute la journée; M. R.*** en est vraiment frappé; le soir, la fièvre s'allume, et le lendemain, à la chute de l'accès, la vue de l'œil gauche est également presque entièrement obscurcie : les corps qui environnent le malade sont confondus dans une teinte rouge obscure, et ne sont plus distingués les uns des autres. Il en résulte une impression morale très-vive, et le jour même un nouvel accès de fièvre intermittente pernicieuse carotique se prononce avec des caractères non moins effrayans que la première fois. Cet accès est suivi d'un accès pareil le jour suivant; mais le sulfate de quinine administré à haute dose pendant la rémission assez marquée qui sépare le premier accès du second, et à la suite du second accès, conduit encore le malade à une convalescence assez prompte. En même temps les fonctions de l'œil gauche se rétablissent peu-à-peu, de sorte que le 30, la vue de ce côté est entièrement recouvrée. Quant à l'œil droit, aucun changement ne s'y est manifesté. Examiné avec soin par deux médecins réunis en consultation à l'occasion de la fièvre grave dont M. R.*** a été atteint, cet œil présente toutes les apparences d'une cataracte complète; la tache grisâtre que l'on aperçoit au fond de l'organe derrière la pupille, ne permet pas de s'y méprendre; un troisième médecin tombe d'accord avec les deux premiers sur la nature de cette affection.

L'opportunité de l'opération était déjà mise en discussion, quand survint, le 6 octobre, un nouvel accès de fièvre pernicieuse carotique, suivi immédiatement d'un second accès plus violent et plus prolongé que les précédens. Les moyens les plus énergiques devenant nécessaires, on joint cette fois à l'usage du sulfate de quinine préalablement employé, l'application d'un très-large emplâtre vésicatoire entre les deux épaules, qui réveille la

sensibilité profondément engourdie, et termine encore cette fois la maladie d'une manière heureuse. La convalescence semble marcher plus rapidement que dans les deux premiers cas. Cependant le malade commet quelques imprudences dans son régime, la diarrhée s'établit, et bientôt se manifestent les signes non équivoques d'une entérite chronique. Le 31 octobre, je vois M. R.*** pour la première fois; cet état persiste; l'amaigrissement et la débilité sont extrêmes. L'application d'un second vésicatoire à la nuque me paraît avant tout indiquée pour réveiller la vitalité, pour ranimer l'action nerveuse manifestement en défaut. Deux jours après, la phlegmasie subaiguë de la membrane muqueuse du canal intestinal persistant, (cette affection a duré plus de quatre mois, et inspiré pendant ce temps les plus sérieuses inquiétudes) M. R.*** s'aperçut, contre toute attente, que la vue de l'œil droit était en partie rétablie : il semblait qu'elle se fût éclaircie brusquement; car ayant l'habitude de faire des essais plusieurs fois le jour, il fut très-surpris de distinguer tout-à coup les barreaux d'une fenêtre près de laquelle il était placé, et les doigts de sa main interposée entre son œil et la lumière. Bientôt il en vint à reconnaître les objets brillans, quoique faiblement éclairés C'est ainsi qu'il distinguait nettement le cadre d'un tableau, du fond de la gravure.

Un changement si notable, si inopiné, me conduisit nécessairement à un examen plus attentif des altérations de l'œil malade qui d'abord n'avaient que secondairement fixé mon attention, l'affection plus grave et plus importante du canal intestinal réclamant surtout ma sollicitude. Je n'avais remarqué jusques-là d'autre lésion de l'œil qu'une légère dépression de l'iris à sa partie inférieure et externe, avec éraillure de la pupille vers le point correspondant, et un voile grisâtre assez apparent au devant

du cristallin. Le 2 novembre la dépression de l'iris était la même, mais l'éraillure de la pupille paraissait augmentée. En même temps on distinguait au fond de l'œil, au lieu d'un voile terne, grisâtre, uniforme, une espèce de segment blanchâtre en forme de croissant, qui occupait le tiers interne environ de la partie du cristallin correspondante à la pupille, tandis que les deux tiers externes paraissaient libres et présentaient une couleur noire fort distincte de la teinte grisâtre qu'ils offraient quelques jours auparavant. En outre, une petite portion de membrane flottait librement dans la chambre antérieure de l'œil, au milieu de l'humeur aqueuse, et formait au-devant des objets une tache mobile, vacillante, qui alla chaque jour en diminuant, jusqu'à ce que la fausse membrane flottante disparut entièrement détruite par l'absorption.

Cinq ou six jours après la disparition de cette première tache, une seconde portion de fausse-membrane plus petite que la première s'étant détachée, vint se placer derrière la cornée transparente, adhérant par sa partie inférieure à cette membrane, et flottant librement par son extrémité supérieure plus déliée, au-devant de l'ouverture pupillaire; d'où résulta pour l'œil malade la sensation d'une mêche opaque venant à se placer au-devant des objets éclairés. Du reste, on pouvait remarquer que M. R*** voyait mieux de cet œil le soir que le matin; que la vue de ce côté semblait se fortifier par l'exercice, de jour en jour, mais qu'il était obligé de regarder de près pour distinguer, et de côté, pour écarter le nuage central qui venait se placer presque constamment au-devant des corps éclairés. Toutefois, dès cette époque, il reconnaissait assez distinctement les objets d'un très-petit volume, tels que les signes et les figures d'une carte à jouer.

Notre malade resta à-peu-près un mois dans cet état de

semi-lucidité ; après quoi survint tout-à-coup un nouvel obscurcissement avec l'apparence d'une taie, manifestement produite par une troisième portion de fausse membrane provenant également de la chambre postérieure de l'œil. Cette membrane, ayant près d'une ligne en carré, plus large et plus centrale que les précédentes, adhère à la partie externe, et est terminée à la partie interne par un petit filament mobile qui voltige au-devant des objets. L'absorption, beaucoup plus prompte cette fois que les premières, détruit encore cette nouvelle membrane dans l'espace de dix jours. La chambre antérieure reste libre alors de tout corps étranger. Un petit filament qu'on aperçoit dans la chambre postérieure, à la partie externe et inférieure de la pupille, apporte cependant encore quelque trouble dans la vision : la partie interne du cristallin reste toujours masquée par un segment membraneux de couleur grisâtre nacrée, en forme de croissant à concavité centrale, tel que je l'avais aperçu dès l'origine, mais qui aujourd'hui se dessine d'une manière plus tranchée. D'autre part, l'accollement partiel de l'iris à la face antérieure du cristallin subsiste ; la déformation externe de l'ouverture pupillaire est toujours la même, et les mouvemens de l'iris s'exécutent, sous l'impression de la lumière, de plus en plus régulièrement.

Tel est l'état anatomique de l'œil droit le 30 janvier 1829, un an environ après l'accident. Il se maintient presque exactement le même jusqu'au premier avril de la même année. Toutefois dans ce laps de temps, le vésicatoire à la nuque ayant été renouvelé pour la quatrième fois, l'œil s'est débarrassé, par le moyen de l'absorption, de plusieurs petits fragmens de fausses-membranes, qui se sont placés, à diverses époques, entre la circonférence de la cornée et le cercle de l'iris, de manière à n'apporter aucun obstacle à la vision. Un petit amas de

pus sanguin, rougeâtre, déposé dans la partie la plus déclive de la chambre antérieure, a été promptement résorbé, après avoir troublé momentanément la transparence de l'humeur aqueuse. La vue a repris de la force et semble en acquérir chaque jour davantage par l'exercice de l'organe long temps condamné à une complète inaction. M. R.*** voit beaucoup mieux par un beau jour que par temps obscur, au lieu que dans l'origine, une trop vive lumière l'éblouissait; mais il éprouve toujours le besoin de rapprocher les objets de l'œil malade pour mieux en apprécier les différentes formes. Aucune douleur ne se fait habituellement sentir dans la région orbitaire; la phlegmasie intestinale est presque entièrement dissipée; le malade reprend des forces et de l'embonpoint.

Il me reste à présenter quelques remarques particulières sur les phénomènes relatifs à la vision, qui ont résulté de l'inaction prolongée de l'œil, et du retour graduel de cet organe à l'accomplissement de sa fonction.

M. R*** n'a point la faculté de fermer isolément l'un des deux yeux; l'action nerveuse qui détermine l'abaissement de la paupière supérieure, s'exerce involontairement sur l'un et l'autre œil à la fois; le doigt est obligé de venir au secours de la volonté chaque fois que M. R*** veut se servir de l'œil sain ou de l'œil malade. Avec la précaution de maintenir ainsi la paupière gauche abaissée, M. R*** se livre assez fréquemment à l'exploration des objets par le moyen de l'œil droit. Or, dans ces essais, il a remarqué que cet œil apperçoit d'abord les formes et les couleurs plus obscurément, mais que par l'exercice un peu prolongé, il acquiert plus d'aptitude et distingue mieux les divers attributs des corps qui l'environnent; que la vue de ce côté se perfectionne par l'usage, et qu'il paraît réclamer, comme à la suite de l'opération de la cataracte, une nouvelle éducation; que les objets sont mieux appréciés de

près que de loin, tandis qu'il était naturellement presbyte; que les couleurs apparaissent plus vives que par le moyen de l'œil gauche, tandis que les formes sont, au contraire, beaucoup plus confuses; que l'usage simultané de l'un et l'autre œil procure une vision moins nette et moins précise que celle qui résulte de l'usage de l'œil sain pris isolément; qu'enfin, pendant long-temps, les corps éclairés paraissaient doubles, de telle sorte que M. R***, voulant moucher la chandelle, donnait presque constamment à droite, s'il ne prenait la précaution de fermer l'œil malade; à raison sans doute de l'inégalité de force des deux yeux: tandis que, aujourd'hui que la vue de l'œil droit s'est perfectionnée, les deux images se confondent en une seule, un peu plus grosse seulement que l'objet ne l'est véritablement.

Quelle est la cause organique ou vitale de ces divers phénomènes? On ne peut guères les attribuer à une cause unique. Il est très-probable que les changemens opérés dans la force réfringente du cristallin, par le développement de l'inflammation latente des parties environnantes et la formation des fausses membranes, y ont concouru pour beaucoup; mais il faut faire la part aussi de la lésion de la sensibilité de la rétine, produite soit par le coup, soit par l'obstacle apporté, pendant huit mois, au passage des rayons lumineux, et résultat nécessaire de l'inaction de cette membrane. Quant à la déformation de l'iris, il ne paraît pas qu'elle ait dû y contribuer notablement, puisque la vue double qui existait dans l'origine s'est corrigée graduellement sans que l'état anatomique des parties ait varié sensiblement, et qu'on ne voit pas comment on pourrait attribuer à cette déformation de l'iris et de la pupille l'espèce de myopie dont est affecté l'œil droit; myopie qui, toutefois, n'est pas corrigée notablement par l'usage de verres appropriés à cet état. Cette dernière

question sera peut-être éclaircie par les changemens qui pourront survenir ultérieurement dans l'œil malade, et à l'égard desquels il me sera d'autant plus facile de poursuivre mes observations, que l'initiale que j'ai donnée ici ne cache autre personne que mon père lui-même.

Quant à la nature propre de l'affection dont il s'agit et à la cause matérielle des accidens, nul doute qu'on n'ait eu affaire, dans cette circonstance, à une cataracte membraneuse d'une nature spéciale, déterminée par la production de fausses membranes dans la chambre postérieure de l'œil, à la suite d'un coup qui, sans altérer en rien les parties extérieures, a porté toute son action sur les parties profondes et causé là une inflammation sourde dont le résultat prochain a été l'obscurcissement de la vue dans un temps assez court, par l'obstacle matériel apporté au passage de la lumière, à raison du développement de membranes accidentelles placées au-devant du cristallin, et distinctes, suivant toute probabilité, de la capsule cristalline, qui n'aurait point été détruite spontanément avec la même facilité. L'iritis aiguë ou chronique peut également avoir existé dans les premiers temps, si l'on en juge par la déformation de cette membrane, et surtout par l'accollement de sa face postérieure à la face antérieure du cristallin. Ces considérations justifient le titre que nous avons donné à cette observation.

Les exemples de cataractes accidentelles, produites en trois semaines par le développement de fausses membranes au devant du cristallin, ne sont pas très-communs. Il arrive encore plus rarement que la rupture et la destruction de ces fausses-membranes par l'absorption en détermine la guérison spontanée. On trouve cependant un cas de ce genre dans les *Archives de Médecine* du mois de septembre 1828, et la *Clinique* de 1829 rapporte une observation de coup sur l'œil, suivi de déchi-

rure de l'iris et de cataracte subite, qui a quelque analogie avec le fait que je publie.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches physiologiques sur la transfusion du sang; par M. J. A. Dieffenbach, *M. D.* (Fin.)

§ VI. *Le sang est-il susceptible de communiquer les maladies par la transfusion?* — M. Dieffenbach adopte cette opinion, qu'il fonde sur quelques expériences, dont voici les principales :

A. *Transfusion du sang de chats lépreux, dans des chats bien portans.* — On injecta, dans l'espace de six minutes, dans la veine jugulaire droite d'une jeune chatte, très-vive, et sans lui avoir préalablement tiré de sang, deux gros et demi de sang frais et chaud, extrait des ventricules du cœur d'un vieux chat lépreux, qu'on avait fait périr par une injection de sang de poulet; au bout de quelques secondes, accélération des battemens du cœur et de la respiration, puis agitation extrême, et après une demi-minute, le calme se rétablit. Au bout de la sixième minute, l'animal ne paraît éprouver qu'un grand accablement. Remis en liberté, il n'éprouva depuis aucun accident, et ne présenta aucune trace de maladie cutanée, pendant six mois que l'auteur le conserva.

La même expérience faite sur un autre chat, auquel on injecta trois gros de sang provenant d'incisions faites à la peau d'un chat lépreux, donna absolument le même résultat sous le rapport de la maladie cutanée.

L'auteur remarque que ces expériences sont d'autant plus singulières, que la lèpre des chats est une maladie

éminemment contagieuse ; en effet, le vieux chat auquel il avait pris le sang qui servit aux injections, avait infecté tous les autres chats du voisinage.

B. *Transfusion du sang de chevaux atteints de farcin et de morve dans des chevaux sains.* — On fit passer directement, de la carotide d'un cheval morveux et affecté de farcin cutané dans la veine jugulaire d'un vieux cheval parfaitement sain, environ sept livres de sang, en même temps que par l'autre jugulaire on lui tirait cinq livres de son propre sang. Pendant cette opération, qui dura à-peu-près dix minutes, on observa les mêmes phénomènes que dans les autres expériences dont nous avons parlé dans notre précédent article. Peu de temps après, toute la surface du corps devint le siége d'un emphysème considérable. Le cinquième jour il diminua ; mais il survint sur toute la peau de petits boutons durs, et le septième, l'emphysème avait totalement disparu. Le vingt-septième jour, le farcin était tout-à-fait développé. A l'ouverture du corps de l'animal, faite quelques jours après, on découvrit dans les organes toutes les altérations qui caractérisent cette maladie.

Dans un autre cheval sain, l'injection fut faite au moyen d'une seringue, et dura dix minutes. La quantité de sang transfusé fut de cinq livres, sans tirer préalablement de sang à l'animal. Dès les premières minutes, outre les phénomènes déjà signalés, on remarqua une élévation de la température de l'animal et des symptômes de vertiges. L'animal resta souffrant, et mourut le huitième jour, probablement, dit l'auteur, par suite de la réplétion de tout le système vasculaire; car lors de l'autopsie du cadavre, toutes les parties étaient dans un état naturel.

§ VII. *Expériences sur la production d'épanchemens dans le cerveau par l'injection de sang dans les carotides.* — M. Dieffenbach fait observer qu'il ne s'attendait

pas à voir des épanchemens résulter d'une injection modérée de sang dans l'encéphale; mais il présumait que le sang sortirait des petits vaisseaux par suite d'une injection violente, et même, qu'en employant une force plus grande encore, il y aurait nécessairement rupture des gros vaisseaux. L'expérience suivante a été faite dans le but de savoir à quoi s'en tenir à cet égard. On injecta quarante-cinq onces de sang veineux d'un cheval dans la carotide droite d'un autre cheval, en poussant avec force le liquide du côté du cerveau. L'expérience dura un quart d'heure, et, dans cet espace de temps, on fit dix-huit injections. L'animal, à la fin de l'expérience, tomba sur le côté gauche, la respiration devint stertoreuse, les yeux se fermèrent, et les pupilles se dilatèrent fortement; en un mot, il présentait tous les symptômes d'une violente attaque d'apoplexie. Cependant, pour connaître de suite les résultats de cette expérience, on coupa la tête; mais le cerveau, examiné attentivement, ne présenta aucune trace d'extravasion sanguine ni aucune altération apparente; le côté droit n'offrait même aucune différence sensible avec le côté gauche : les organes de la poitrine et du bas-ventre contenaient proportionnellement plus de sang que le cerveau.

§ VIII. *Transfusion du sang d'animaux à sang froid dans des mammifères. — Injection dans un chat, 1.° de sang de tortue.* — Deux gros de sang frais d'une tortue d'Europe furent injectés dans les veines d'un jeune chat. Peu de secondes après, violentes convulsions, mais qui se calmèrent peu à peu; pupilles d'abord très-dilatées, puis très-resserrées; respiration bruyante; pouls très-rapide; bas-ventre très-gonflé. Ces accidens cessèrent au bout de cinq minutes, et furent suivis d'un état semblable à la syncope qui persiste pendant quelques heures; l'animal rendit ensuite une grande quantité d'urine rouge foncé,

et le lendemain matin il paraissait complètement rétabli.

2° *De sang de poisson.* — Un gros et demi de sang frais de carpe, étendu dans un demi gros d'eau et passé à travers un linge, fut injecté dans la jugulaire d'un chat auquel on avait auparavant extrait deux gros de sang. L'opération dura une demi-minute. Au bout de 20 secondes l'animal périt dans les convulsions. Les deux ventricules du cœur contenaient du sang liquide.

Plusieurs autres expériences, faites sur des chiens, des chats et des lapins avec du sang de carpe, de brochet et d'anguille, occasionèrent constamment la mort des animaux au milieu de convulsions violentes, excepté cependant lorsque la quantité de sang injectée était extrêmement petite comparativement. M. Dieffenbach conclut de toutes ces expériences que le sang des animaux à sang froid ne peut pas ranimer ou entretenir la vie des mammifères; mais qu'il leur est au contraire très-nuisible.

§ IX. *Transfusion dans les oiseaux.* — Toutes les expériences de ce genre furent suivies de la mort. Un grand nombre de pigeons, de poules, de canards, d'oies, de corbeaux, etc., dont l'auteur tira tout le sang, pour le remplacer par du sang frais d'oiseaux de même espèce, ne furent pas rappelés à la vie. Dans tous ces animaux, il trouva, à l'ouverture du cadavre, le cœur droit distendu par du sang liquide et quelques caillots, et, dans le ventricule gauche, ou de petits caillots ou un peu de sang liquide. Les poumons présentèrent çà et là quelques taches rouillées.

En n'enlevant aux oiseaux qu'une certaine quantité de sang, et en la remplaçant par une quantité égale de sang pris d'un animal de même espèce, et dépouillé, par la filtration, de presque toute sa fibrine, il ne survint d'accidens graves que quand la quantité injectée excédait un gros. Les animaux qui ne périssaient pas immédiatement dans

les convulsions qui survenaient, n'éprouvaient ensuite aucun accident.

§ X. *Injection du sang de mammifère dans des oiseaux.* — Un phénomène extrêmement curieux, c'est qu'en injectant une très-petite quantité de sang de mammifère dans les veines d'un oiseau, on produit presqu'instantanément la mort de ce dernier, qui tombe frappé comme si on lui avait injecté une forte dose d'acide hydro-cyanique. Les gallinacées périssent le plus promptement, les oiseaux aquatiques résistent un peu plus long-temps; quelques gouttes de sang d'un mammifère suffisent pour tuer un pigeon; pour faire périr une oie il faut de trente à quarante gouttes de sang de bœuf, de brebis ou de cochon. Ces résultats se rapportent à ceux que MM. Prévost et Dumas avaient obtenus d'expériences du même genre. L'auteur regarde l'action du sang sur le système nerveux des oiseaux comme analogue à celle des poisons narcotiques.

§ XI. *Injection du sang d'animaux à sang froid dans les oiseaux.* — Cette espèce d'injection est aussi funeste aux oiseaux, même faite en très-petite quantité; cependant la mort est moins prompte et les accidens qui l'accompagnent paraissent un peu moins violens.

§ XII. *Injection du sang provenant des vaisseaux capillaires.* — M. Dieffenbach a constaté que le sang des mammifères tiré des vaisseaux capillaires au moyen de ventouses scarifiées, et injecté dans les veines des oiseaux, les faisait périr immédiatement dans de violentes convulsions, comme le sang tiré des gros vaisseaux; mais celui qu'on exprime des sangsues préalablement gorgées de sang d'homme ou de mammifère, paraît avoir perdu en grande partie son action sur les animaux dans les veines duquel on le pousse, et même chez les oiseaux qui sont le plus sensibles à cette action, il faut une forte injection de ce liquide extrait des sangsues, pour produire la mort avec

autant de rapidité et de violence que par les autres procédés.

§ XIII. *Le sérum du sang peut-il rappeler à la vie les animaux exsangues?* — La négative est prouvée par les expériences de M. Blundell, et confirmée par celles de M. Dieffenbach.

§. XIV. *La fibrine possède-t-elle la propriété de rappeler à la vie?* — Il résulte de l'expérience que rapporte l'auteur, qu'un gros de fibrine fraîche délayée dans une demi-once d'eau, avec une faible addition de soude caustique, et passée à travers un linge, n'a produit, sur un chien qui avait perdu tout son sang, que de légers mouvemens du cœur, mais ne put rappeler l'animal à la vie.

§. XVII. *Effets de l'injection du cruor.* — L'auteur désirait savoir si les effets de la transfusion sont dus au cruor seul, ou bien au cruor combiné avec les autres parties constituantes du sang. Les injections de cruor délayé dans une certaine quantité d'eau, faites sur divers animaux, produisirent les mêmes résultats que le sang qui n'a été privé d'aucune de ses parties constituantes. Les mammifères succombèrent à l'injection d'une grande quantité de cruor d'oiseaux; la même chose avait lieu, immédiatement et avec des accidens nerveux plus graves encore, lorsqu'on injectait dans les veines d'un oiseau du cruor de mammifère. L'eau contenant du cruor en suspension, et laissée long-temps à l'air, perdait peu-à-peu son influence, et ne produisait plus ensuite que des phénomènes semblables à ceux qui résultent de l'injection d'un liquide sans action spéciale.

L'auteur tire de tout ce qui précède les conclusions suivantes :

1.° Un animal épuisé de sang peut être ramené à la vie par le sang d'un animal de son espèce, et continuer à jouir d'une santé parfaite.

2.° Lorsque le sang provient d'espèces différentes, il

peut quelquefois produire des signes de revivification; mais il ne peut jamais conserver la vie.

3.° Si, pour opérer la transfusion, on emploie le sang d'un animal d'une espèce très-différente, la mort en est toujours le résultat, même quand la quantité injectée est très petite.

4.° Une saignée préalable rend les mammifères moins sensibles à l'action délétère du sang des oiseaux ou des animaux à sang froid.

5.° L'injection du sang de mammifères ou de poissons fait toujours périr les oiseaux, et la mort s'accompagne toujours d'accidens semblables à ceux que produisent les poisons narcotiques.

6.° Si, après l'injection d'un sang étranger, l'animal éprouve de fortes évacuations par le vomissement, les selles ou les urines, cette sorte de crise diminue ordinairement le danger.

7.° Le sang exposé pendant long-temps au contact de l'air atmosphérique, ne perd ses propriétés revivifiantes que lorsqu'il commence à se décomposer; mais une fois putréfié, il produit les mêmes effets que toute autre substance animale en putréfaction.

8.° Ni l'âge, ni le sexe, ni les différens états de corps ne déterminent aucun changement dans l'action du sang transfusé.

9.° La transfusion ne transmet pas toujours les maladies.

10.° Le sang veineux est celui qui convient le mieux pour cette opération.

11.° La transfusion, même faite avec du sang d'animaux de même espèce, est toujours dangereuse, et bien plus que ne l'ont pensé certains physiologistes. Quant à son emploi, comme moyen thérapeutique, cette opération semble indiquée dans le cas de mort imminente par

hémorrhagie, et seulement lorsque toutes les autres ressources de l'art ont été employées inutilement; mais on ne doit jamais employer que du sang veineux humain. Enfin, l'auteur n'a rien trouvé dans ce moyen contre l'hydrophobie.

(C'est par erreur que, dans notre premier article, on a imprimé que ce mémoire était extrait des *Meckel's Archiv für physiologie;* il est emprunté au *Magazin für die gesamte Heilkunde*, T. XXX, 1829.)

Observations sur l'action de diverses substances introduites dans le sang; par J. F. DIEFFENBACH, *M.-D.* (1).

Le mémoire que nous avons en ce moment sous les yeux est en quelque sorte le complément de celui dont nous venons de présenter l'analyse. Il contient les détails de vingt expériences, faites sur divers animaux, en injectant dans le système veineux plusieurs substances plus ou moins délétères, et principalement de la narcotine.

Ire *Expérience.* — On injecta dans la jugulaire d'un chien de moyenne taille un grain de narcotine dissous dans l'acide acétique. Au même instant l'animal pousse un cri très-violent, et est pris d'une raideur du cou, du dos et des pattes postérieures, ensuite tremblement du train de devant, accélération du pouls et de la respiration, dilatation considérable de la pupille, et rougeur de la conjonctive qui paraît vivement enflammée; au bout de deux minutes et demie, il survient des évacuations alvines et urinaires très-abondantes et involontaires; alors l'état spasmodique cesse, l'animal s'endort d'un profond sommeil, et ne se réveille qu'au bout de trois heures.

---

(1) *Archiv für Anatomie und Physiologie*, juin 1829.

Pendant trois jours le chien parut très-faible; mais au bout de ce temps il était parfaitement rétabli.

II.e *Expérience.* — La même opération fut faite avec un demi-grain seulement de narcotine sur un jeune chien de petite taille. Les symptômes furent les mêmes que dans le cas précédent, et l'animal était sur le point de succomber, lorsque, par une saignée d'une once environ et l'emploi des affusions d'eau froide, on réussit à le rappeler à la vie.

III.e *Expérience.* — Un mélange de trois gouttes d'acide hydrochlorique concentré avec deux gros d'eau, injecté dans la jugulaire d'un jeune chien, n'a produit qu'une agitation passagère.

IV.e *et* V.e *Expériences.* — Deux chats ont succombé rapidement à l'injection dans leurs veines d'une très-petite dose de narcotine. L'examen anatomique du cadavre de ces animaux fit reconnaître que les vaisseaux du cerveau étaient fortement gorgés de sang, et qu'il s'était fait un épanchement de sang à sa surface; de plus, le cœur était bleuâtre, flasque, ses cavités droites remplies de sang noir, les cavités gauches entièrement vides ainsi que les veines; enfin, les poumons étaient d'un bleu pâle, et contenaient beaucoup d'air.

VI.e, VII.e, *et* VIII.e *Expériences.* — La première a été faite sur un vieux coq, les deux autres sur des poules. On injecta dans la jugulaire du coq et de l'une des poules un demi-grain de narcotine, et seulement un sixième de grain dans l'autre poule. La mort survint au milieu de mouvemens tétaniques, en quelques secondes pour l'un de ces animaux, et après une minute quinze secondes pour les deux autres. On ne trouva pas de congestion sanguine dans le cerveau; le ventricule droit du cœur était distendu par du sang noir; le gauche, au contraire, était vide.

IXe *et* Xe *Expériences.* — On fit passer dans la veine jugulaire de deux jeunes chats environ deux cents gouttes de sang pris sur les poules qui avaient succombé à l'expérience précédente. Il survint d'abord de l'agitation et une grande accélération de la respiration et de la circulation; mais, après que tout le sang fut injecté, l'animal tomba dans la stupeur, d'où il parut sortir un peu au bout d'un quart d'heure; cependant l'abdomen se gonfla, les évacuations alvines se supprimèrent, et les animaux périrent le 4.e jour. Dans l'un, les muscles étaient d'une couleur brune jaunâtre; dans l'autre, ils étaient presque décolorés: dans les deux cas, ils offraient une friabilité extraordinaire. D'ailleurs les ventricules du cœur étaient gorgés de sang, de même que les vaisseaux de la surface du cerveau et de ses enveloppes; mais il n'y avait aucun épanchement dans les ventricules de cet organe.

XIe *Expérience.* — Six grains de narcotine introduits dans l'estomac d'un lapin ne le firent périr que le lendemain. On recueillit le sang de cet animal, et on l'injecta dans les veines d'un autre lapin. Il ne se manifesta que les changemens ordinaires dans le pouls et dans les mouvemens respiratoires, et seulement de plus quelques légers mouvemens convulsifs et une assez grande faiblesse.

XIIe *et* XIIIe *Expériences.* — Ces expériences furent faites en injectant dans les veines de deux chats une certaine quantité d'une dissolution aqueuse d'opium. La respiration devint pénible; la circulation s'accéléra; les pupilles se dilatèrent; il survint une grande prostration des forces, un sommeil léthargique, accompagné d'un refroidissement marqué de toute la surface du corps, et enfin la mort vint terminer les souffrances des animaux soumis à l'expérience. La plèvre, le péricarde et les ventricules du cerveau contenaient de la sérosité sanguinolente en assez grande quantité. Les vaisseaux de l'encéphale étaient

gorgés de sang, et la substance de l'organe était rouge dans plusieurs points.

XIV.ᵉ *Expérience.* — Même expérience et mêmes résultats que dans les numéros VI, VII et VIII. Elle fut faite sur un poulet.

XV.ᵉ *Expérience.* — On injecta dans le système vasculaire d'un chat douze gouttes d'une dissolution de brôme. L'animal éprouva une grande faiblesse; la membrane muqueuse de la gueule prit une teinte bleuâtre, et le sang tiré d'une veine avait une couleur violette foncée. Les accidens diminuèrent cependant peu à peu, et l'animal se rétablit.

XVI.ᵉ *Expérience.* — Dans un autre chat, on employa de la même manière vingt gouttes du même liquide, et l'animal succomba rapidement. Les cavités du cœur étaient gorgées de sang noir, et les poumons présentaient un grand nombre de taches bleuâtres.

XVII.ᵉ *Expérience.* — Six gouttes seulement de la même dissolution furent injectées dans les veines d'un lapin avec des résultats absolument semblables.

XVIII.ᵉ *Expérience.* — De l'air poussé du côté du cœur dans la jugulaire d'un coq très-robuste, fit périr en un instant l'animal après un cri très-fort. La crête offrait des taches bleues et des points tout-à-fait décolorés; il en sortit, par une incision faite à dessein, du sang très-écumeux. Le cœur gauche était vide; le droit et les gros vaisseaux pulmonaires étaient au contraire gorgés de sang noir et caillé. Nulle part on ne retrouva l'air injecté; seulement la peau paraissait comme spongieuse au toucher et contenir de l'air très-divisé.

XIX.ᵉ *Expérience.* — La même expérience fut répétée sur un veau âgé de deux mois; seulement l'air fut poussé vers la tête. L'animal tomba aussitôt, et présenta une dilatation des pupilles et une distorsion des yeux; au bout

de dix minutes, il avait cessé de vivre. Le cerveau avait une couleur rouge bleuâtre; le sang qu'il contenait était brun. Quelques bulles d'air se trouvèrent dans les plus grosses veines; près de la moelle alongée on trouva un caillot de sang.

XX.[e] *Expérience.* — Une dissolution de deux gros et demi de séléniate de soude fut portée dans la jugulaire d'un cheval entier, âgé de neuf ans, affecté de la morve. Quelque temps après, l'animal exhala une odeur analogue à celle de l'hydrogène phosphoré. La respiration et la circulation étaient accélérées. De fortes sueurs se manifestèrent sur toute la surface du corps; des mouvemens tétaniques survinrent; il s'écoula des fosses nasales une grande quantité de mucus, d'abord incolore, ensuite sanguinolent. La mort arriva après deux heures et demie. L'autopsie ne montra aucune altération particulière.

Sur le fongus des os du crâne et les excroissances fongueuses de la dure-mère; par C. H. Ebermaier.

Long-temps on a cru posséder sur le fongus de la dure-mère des connaissances très-précises. Depuis que l'illustre secrétaire de l'Académie royale de Chirurgie eût donné une forme dogmatique aux notions acquises jusqu'à lui, les principes qu'il avait posés servirent de règle aux chirurgiens de son siècle, et ont constitué, jusqu'assez avant dans le nôtre, l'unique base de ce point de doctrine. Ce n'est que depuis quelques années qu'on s'est apperçu qu'il y a peu de questions chirurgicales moins éclaircies que celle-ci, et que nous savons aussi peu sur le véritable siége de la maladie, que sur son origine et sa nature. Les observations des deux Siebold, des frères Wenzel, de Walther, de Klein, de Eck, de Schindler et de Græfe, fondées sur

une anatomie pathologique plus exacte, ont jeté quelque lumière sur le sujet. Ebermaier a rapproché ces observations et y a joint l'histoire d'un cas observé par lui même. Nous allons donner une idée de son mémoire, mais sans nous astreindre à suivre sa marche, qui manque de méthode et de clarté (1), et en y joignant, suivant l'occurrence, les réflexions qui nous paraîtront nécessaires. Et d'abord nous reprocherons à l'auteur de n'avoir point mentionné Lassus parmi les nombreux écrivains dont il redit, après tant d'autres, les noms et les observations. On trouve en effet, dans la *Pathologie chirurgicale*, sous des dénominations qui, à la vérité manquent de justesse, la description de deux états morbides du crâne et de la dure-mère, dont la distinction est le premier et l'un des plus importans résultats qu'on puisse déduire des observations postérieures.

Pour peu que l'on considère les faits publiés par les chirurgiens nommés plus haut, on reconnaît d'abord que sous la dénomination commune de *fongus de la dure-mère*, on a confondu des maladies qui ne se ressemblent pas plus par leur siége que par leur nature. Ces faits démontrent que c'est tantôt la méninge tantôt le crâne qui sont affectés, et quand les os sont le siége du mal, l'affection peut, suivant les cas, différer beaucoup dans un même siége.

Quoiqu'il reste encore bien des recherches à faire avant qu'on soit d'accord sur tous les points de l'histoire des tumeurs de la dure-mère, cependant ces tumeurs sont, parmi les maladies dont il est question dans cet article,

(1) Ce dernier reproche s'adresse-t-il à Ebermaier ou au traducteur de son Mémoire? C'est sur quoi nous ne saurions prononcer. Nous ne connaissons point l'ouvrage original; car, selon son habitude, le rédacteur du Journal que nous suivons n'a point indiqué où on le trouve.

celles dont l'existence est le mieux constatée et sur lesquelles il importe le moins de s'arrêter ici. Nous choisirons seulement, entre les faits qui s'y rapportent, quelques cas de développement énorme des glandes de Pacchioni. Klein a publié le cas suivant.

Une femme de près de 40 ans, avait, trois années auparavant, reçu plusieurs fois des coups violens sur la tête, de manière à casser son peigne, et la priver sur-le-champ de l'ouïe et de la vue. Depuis ce moment elle éprouva une douleur insupportable occupant toute la tête, mais surtout violente au vertex, dans un endroit que le doigt pouvait couvrir, et d'où elle s'étendait en rayonnant. Avant cet accident, elle n'avait jamais de maux de tête. Malgré tous les moyens qu'on pût employer, la douleur alla toujours en augmentant. *Soupçonnant un sinus devenu variqueux*, on applique le trépan sur la suture sagittale, à un poucé de la coronale; il y eut une abondante hémorrhagie qu'on entretint exprès. La pièce d'os enlevée offrait une dépression causée par un très grosse glande de Pacchioni. Cette glande était à découvert; mais on ne put l'extirper, car on aurait lésé le sinus. La douleur cessa de suite, et la glande disparut pendant la suppuration. A peine la plaie s'était-elle fermée, que la douleur reparut, à trois lignes derrière le point trépané : elle augmenta pendant un an; la malade perdit ses forces, et maigrit; la vue s'affaiblit. La malade exigea de nouveau le trépan, qui mit aussi à découvert une grosse glande ayant creusé l'os : la douleur cessa sur-le-champ, et, cinq ans après, elle n'avait pas reparu.

Le succès du traitement fut moins heureux dans le cas suivant : Un paysan, âgé de 26 ans, reçut un coup de bâton sur l'angle postérieur supérieur du pariétal gauche. Trois mois après, il éprouva de grands maux de tête, partant de l'endroit qui avait été frappé. Ces douleurs augmentèrent

tellement pendant neuf ans, qu'enfin on eut recours au trépan. Aussitôt après l'incision de la peau, et durant la dissection des lambeaux et du péricrâne, du sang séreux suinte de tous les points des premiers et de la surface dénudée de l'os. Il en fut de même pendant l'action de la couronne, et, après son ablation, de tous les points de la dure mère. On trouva une très-grosse glande de Pacchioni, qui avait creusé l'os profondément. L'opération ne soulagea point le malade; un sang aqueux inondait sans cesse l'appareil. Le malade mourut ainsi au bout de treize heures. A l'ouverture du crâne, tout fut trouvé dans l'état normal, à l'exception de la glande, qui avait produit aussi une légère dépression dans le cerveau.

Nous bornerons là ce que nous voulions dire des tumeurs de la dure-mère, pour passer aux fongus des os du crâne. Les faits rappelés par Ebermaier en font connaître deux espèces bien distinctes. Le fongus hématode, ou développement fongueux du diploé avec écartement, amincissement, altération et destruction des tables osseuses, et le fongus médullaire, ou dégénération de ces mêmes tables, avec transformation de leur substance, ou développement de quelques uns des élémens qui les constituent en une tumeur de nature spéciale et comme encéphaloïde.

Le fongus hématode étant celui qui offre le plus de ressemblances symptômatiques et même de structure avec celui de la dure-mère, ce sera par lui que nous commencerons. On regrette, dans les observations suivantes, l'absence de détails anatomiques plus précis.

Une paysanne de 30 ans portait depuis quelques années à l'occiput une tumeur sensible au doigt, mais indolente, sur la cause de laquelle elle ne put donner aucun renseignement. Cette tumeur s'accrut peu à peu, s'ouvrit spontanément un matin, et répandit du sang vermeil, artériel, en si grande quantité, qu'on ne put arrêter l'hé-

morrhagie. La malade entreprit donc une route de deux lieues pour aller consulter Siebold, chez qui elle arriva en saignant. Après qu'on eut coupé les cheveux, on essaya divers styptiques, mais sans succès. L'hémorrhagie, qui était considérable et durait depuis long-temps, parut mettre l'existence en danger. Siebold prit donc le parti de plonger le bistouri dans l'énigmatique tumeur, afin de s'éclairer autant que possible sur sa nature, et de voir si l'on pouvait faire quelque chose pour sauver les jours de la malade. Après qu'on eut incisé les tégumens en croix, le doigt indicateur rencontra le bord dénudé et rugueux de l'os occipital, qui paraissait manifestement rongé de part en part sur plusieurs points. Dans ce cas désespéré, où l'on ne pouvait arrêter le sang fourni par le fongus, Siebold prit le parti de trépaner l'occipital autour de la tumeur, pour se frayer un accès plus libre à la base de celle-ci. Lorsque ensuite il enfonça le doigt dans la tumeur, il trouva une excroissance fongueuse qui ressemblait beaucoup à une substance caverneuse. Plus il appuyait sur cette excroissance pour essayer de la détacher de sa base, et plus le sang coulait avec force. Il survint des convulsions violentes, et la malade périt entre ses mains. A l'ouverture du corps, on trouva les faces externe et interne de l'os occipital fort altérées et perforées : la face externe de la dure-mère participait à la maladie de l'os, mais l'interne n'offrait rien de morbide : elle était lisse et couverte de l'humidité ordinaire. Tout le reste du crâne fut trouvé sain.

Eck a décrit le cas suivant. Un soldat, âgé de 22 ans, et d'une bonne santé, après avoir eu quelquefois pendant quinze jours des vertiges et des bourdonnemens d'oreille, éprouva un sentiment de pression et de tension au côté droit de la tête, sans fièvre. En l'examinant, on découvrit à la région pariétale droite, vers le milieu du bord

coronal de l'os, non loin de la suture coronale, un point de la grandeur d'une pièce de cinq francs, médiocrement gonflé et à demi mou, qui était limité par un bord osseux, ne présentait aucune trace de pulsation ni de fluctuation, mais cédait un peu sous le doigt, et causait un peu de douleur quand on le comprimait davantage. La faculté visuelle de l'œil droit paraissait un peu affaiblie. Le sujet ne put fournir aucun renseignement sur la date et l'origine de cette affection. Croyant avoir affaire à un dépôt purulent, on incisa la peau en croix sur la tumeur; on vit alors sortir avec assez de violence une masse molle, d'un blanc rougeâtre, composée de tissu cellulaire et de graisse, et parsemée de vaisseaux. Il survint une forte hémorrhagie parenchymateuse qui obligea de recourir à un bandage et aux fomentations froides. Le lendemain seulement on put examiner de plus près la masse fongueuse. Quand on la touchait, elle ne glissait pas dans le fond, mais un peu de côté, et cependant on ne pouvait pas sentir distinctement sa base. Elle avait, vers les parties latérales, des connexions intimes qui ne permettaient point d'apprécier ses limites et sa profondeur. L'extirpation, que l'on tenta, ne réussit pas, et causa une grande perte de sang. On appliqua donc journellement des caustiques avec un bandage compressif; mais la masse devint plus grosse; elle offrait alors des battemens isochrones à ceux de l'artère radiale. Le précipité rouge agit mieux au bout de quinze jours; il se détacha chaque jour de petits lambeaux jusqu'au fond, ce qui fit apercevoir que l'os était altéré dans la largeur d'une pièce de trente sous. Au lieu de la table lisse et couverte du périoste, on vit une surface osseuse, un peu hors de niveau, couverte des restes non détruits de la tumeur, intimement unis avec eux, saignante, d'un aspect velouté, inégale et tuberculeuse, mais plus molle que de coutume, qui, à sa partie

antérieure et supérieure, comme aussi à la postérieure inférieure, présentait un vide de la grosseur d'un tuyau de plume moyenne, et là embrassait encore une portion de masse celluleuse intimement unie avec les bords de l'os. On ne put savoir si ces vides pénétraient jusqu'au cerveau, ni si la table interne de l'os manquait. Mais les excroissances spongieuses avaient leurs racines dans le diploé. Il n'y avait point carie, mais changement de structure de l'os. Une cautérisation prolongée fut suivie d'un développement de bourgeons charnus et d'une guérison complète.

Ces deux cas seront les seuls que nous emprunterons à Ebermaier, parmi ceux qu'il considère comme des exemples de fongus hématode des os du crâne. Viennent enfin ceux de fongus médullaire. Ils sont assez nombreux dans le mémoire que nous analysons; mais le suivant, qui est d'Ebermaier lui-même, suffit pour donner une idée fort nette de la maladie. Les plus remarquables d'entre les autres sont ceux publiés par Walther et celui recueilli par Græfe, dont la relation fort étendue se trouve au tomes I et X du Journal publié par ces deux célèbres chirurgiens allemands.

Une fille âgée de près de quatre ans, née de parens jeunes, vigoureux et bien portans, d'une excellente constitution, offrait, au commencement de l'année 1828, l'image de la santé. Vers la fin du mois d'avril, les parens de cet enfant remarquèrent pour la première fois, et tout-à-coup, au-dessus de l'angle externe de son œil gauche, et au sommet de la région temporale, un tubercule dur comme une pierre, immobile, indolent, sans changement de couleur et sans trace d'inflammation. Ils comparaient ce tubercule, pour le volume, la dureté et la forme, à un angle des phalanges de la main. L'enfant jouissait de la meilleure santé, ne ressentait pas la moindre douleur

dans la tumeur, même sous une forte pression. Un médecin regardant le mal comme peu digne d'attention, prescrivit un emplâtre discussif composé d'emplâtre de galbanum safrané, d'emplâtre de mélilot et d'emplâtre mercuriel, à parties égales. La résolution n'eut point lieu; au contraire, la tumeur augmenta journellement de volume et d'étendue. Au mois de juin, elle avait déjà la grosseur d'un œuf de pigeon. Elle était toujours exactement circonscrite, immobile, indolente, et sans inflammation; mais elle perdait un peu de sa dureté. Un second médecin prescrivit l'application d'un emplâtre composé avec l'emplâtre de ciguë et l'emplâtre mercuriel à parties égales, et deux scrupules de camphre, et de plus des frictions autour de la tumeur avec de l'onguent gris; à l'intérieur, pilules de Plummer à forte dose. Le mal continua à faire des progrès; la santé commença à éprouver quelque altération. Incertain sur la nature de la tumeur, le médecin se décida à y plonger la pointe d'une lancette; à sa grande surprise il ne sortit qu'environ une demi-chopine de sang clair, ce qui prouvait qu'une artère avait été coupée, mais qu'il n'existait d'ailleurs point de masse liquide dans la tumeur. Après que l'hémorrhagie eût été arrêtée au moyen de la compression, l'enfant n'ayant du reste éprouvé ni douleurs ni autres accidens, on appliqua des compresses trempées dans un mélange à parties égales de vinaigre aromatique et d'eau de rose, tenant en dissolution quinze grains d'acétate de plomb. Ces compresses furent remplacées cinq jours après la ponction, par des cataplasmes chauds d'herbes aromatiques. La plaie était déjà refermée, et elle avait guéri sans nul accident. Ce fut à cette époque que j'eus occasion de voir l'enfant. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, immobile en tous sens, était presque parfaitement ronde, et formait partout une masse homogène, limitée

de telle sorte qu'on aurait dit une moitié de boule exactement appliquée sur le crâne, et devenue adhérente à lui. En examinant avec soin, on distinguait dans la tumeur les pulsations de plusieurs vaisseaux isochrônes à celles de l'artère radiale; mais on ne remarqua jamais que la tumeur elle-même eût le moindre mouvement propre d'élévation et d'abaissement. La tumeur croissait de jour en jour, et la constitution s'en ressentait de plus en plus. La vue de l'œil gauche s'éteignit peu-à-peu. Cette circonstance, jointe à ce que les deux paupières étaient alors fort tuméfiées, et à ce que l'inférieure, se renversant en quelque sorte, produisit peu-à-peu, par le gonflement de la conjonctive, une tumeur d'un rouge de sang qui rendait l'œil invisible, indiqua que la tumeur pénétrait aussi profondément dans le crâne qu'elle s'étendait au-dehors. La parotide commença à se gonfler, et les veines variqueuses qui existaient à la surface de la tumeur prirent plus de volume. Vers le milieu du mois de septembre, la tumeur avait presque atteint le volume du tiers de la tête entière. On croyait sentir assez distinctement, en la comprimant de la circonférence de la base à son sommet, l'amincissement graduel de la couche osseuse qui semblait la recouvrir. La santé s'altéra de plus en plus, la fièvre et l'amaigrissement survinrent, et l'enfant mourut dans le marasme vers la fin du mois de novembre. Le crâne seul fut examiné. La tumeur faisait autant de saillie dans l'intérieur qu'au dehors; elle s'était creusé dans le cerveau une cavité considérable, mais sans altération de la substance de ce viscère. La dure-mère tenait à la tumeur, mais peu solidement, n'ayant d'ailleurs subi le moindre changement ni de couleur, ni de texture à sa face interne. Les tégumens extérieurs se détachèrent aisément. La tumeur était recouverte partout par le périoste parfaitement sain, mais un peu aminci, et uni avec elle par un

tissu cellulaire court, facile à détruire, et dépourvu de vaisseaux sanguins. Les os étaient dans l'état normal presque immédiatement à la base de la tumeur, et se continuaient avec elle sans la moindre interruption ou inégalité. La tumeur n'avait pas de membrane propre; elle paraissait formée d'une pulpe homogène, serrée, lisse à l'extérieur, presque imperceptiblement partagée en couches par du tissu cellulaire interposé. En l'incisant, on fut frappé de la ressemblance du parenchyme avec la masse cérébrale. On la détacha de sa base avec précaution, et l'on reconnut alors qu'à une hauteur plus grande que celle des os du crâne, il y avait une foule d'esquilles osseuses, régulières, serrées les unes contre les autres, qui dégénéraient peu-à-peu en fibres cartilagineuses et en tissu cellulaire, et se prolongeaient immédiatement dans la masse celluleuse, formant en quelque sorte la trame dans laquelle était déposée la matière encéphaloïde. Après avoir examiné la tumeur on la fit macérer. Au bout de trois semaines, toute la substance médullaire et celluleuse était détruite, et l'os mis à nu. Celui-ci excita la surprise de tous les spectateurs : on voyait un épais rayonnement de lamelles osseuses, longues d'un pouce et demi, larges de deux à trois lignes, plates, de grosseur égale, régulières, très-serrées les unes contre les autres, mais très-distinctes, qui rappelaient la forme des oursins de mer. Les lamelles, partant d'un centre qui peut bien avoir été le tubercule remarqué d'abord par les parens, devenaient, en se rapprochant de ce centre, plus fermes, plus grosses et plus épaisses. L'orbite en était totalement rempli. En suivant le bord des os du crâne, le long des sutures, on acquit la conviction que les tables principalement, et non le diploé, étaient le siège de l'excroissance. (*Journal complément.*, octobre et décembre 1829.)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Monstruosité. Aorte naissant du ventricule droit, Artère pulmonaire du gauche. — *Obs. de M. le profes. Dugès.* — Dans les premiers jours d'août 1827, M. Dugès assista avec le doct. Rech, à l'ouverture du cadavre d'un enfant du sexe féminin, déposé récemment et mort peu après dans les salles de médecine de l'hôpital général de Montpellier. Pendant la vie, cet enfant avait offert une teinte bleue très-marquée de toute la surface du corps, indice d'une conformation vicieuse du cœur ou des gros vaisseaux qui s'opposait à l'hématose : l'attention des médecins se dirigea donc spécialement du côté des organes circulatoires ; mais ils observèrent aussi quelques autres lésions dont il va d'abord être question.

L'embonpoint était assez remarquable ; la taille était celle d'un nouveau-né. Le cordon ombilical flétri, sec, mais adhérent, semblait indiquer trois ou quatre jours seulement de vie extra-utérine. La peau était généralement violacée, surtout vers le dos et la partie postérieure des membres. La face (à l'exception du nez qui était pâle et jaunâtre) participait à cette coloration ; le front présentait de petites ecchymoses fort nombreuses et fort serrées. La graisse était ferme et d'un jaune assez foncé. Le crâne et son contenu n'offraient de remarquable qu'une forte injection de l'arachnoïde, qui était rouge de toutes parts, mais principalement en arrière. La protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux étaient aussi d'un rouge grisâtre dans toute leur profondeur.

L'ouverture de l'abdomen montra le péritoine abreuvé d'une sérosité trouble et floconneuse ; des fausses membranes minces, jaunes et opaques unissaient mollement les viscères abdominaux entr'eux. Le foie en était enveloppé. Le foie et la rate fermes, gorgés de sang, de couleur violette et tirant sur le noir, paraissaient avoir été le siége d'une congestion sanguine. Pour l'estomac, sa face interne portait les traces d'une véritable inflammation ; rougeur intense, vermeille, disposée en points serrés ; il était contracté et fortement ridé à l'intérieur. Dans le thorax, on trouva les poumons bien développés, bien crépitans, marqués de rouge brun et de rose. Le péricarde contenait un peu de sérosité jaune et visqueuse, mais limpide. Le cœur paraissait un peu plus volumineux que de coutume ; sa surface était d'un

rouge violet et parcourue de vaisseaux nombreux et saillans. C'étaient les rameaux de la veine coronaire qui étaient ainsi distendus. L'artère pulmonaire et l'aorte, au lieu de se croiser, comme c'est l'ordinaire, marchaient au contraire parallèlement, autant du moins que le péricarde permettait d'en juger. Après une préparation convenable, on reconnut : 1.° que les deux oreillettes, distendues par des caillots très-fibrineux et solides avaient conservé la situation et le rapport mutuel qu'elles ont dans l'état normal; qu'elles recevaient comme de coutume, la droite les veines caves et la veine coronaire, la gauche les veines pulmonaires; qu'elles étaient séparées par leur cloison ordinaire, percée du trou ovale et garnie de la valvule propre de ce trou, comme aussi de la valvule d'Eustachi, régulièrement disposées; 2.° que la pointe du cœur était tournée à gauche, comme à l'ordinaire; que le ventricule droit avait des parois plus fermes, plus épaisses (3 lignes environ) et offrait un peu plus de longueur que le gauche, et que ce dernier était plus injecté que l'autre; tous deux contenaient aussi des caillots fibrineux; 3.° que ces deux ventricules, séparés par une cloison complète, garnis de leurs colonnes charnues, de leurs valvules auriculaires (trois pointes à droite et deux à gauche), et artérielles, donnaient naissance : le droit à l'aorte, le gauche à l'artère pulmonaire. 4.° Que cette sorte d'échange avait produit la disposition relative des artères aorte et pulmonaire qui avait frappé à la première vue. L'aorte en effet n'était point courbée à sa première origine, et s'élevait verticalement pour former la crosse sans croiser l'artère pulmonaire. Celle-ci était aussi presque verticale, et le canal artériel allait directement s'insérer dans l'aorte, un peu au-dessous des vaisseaux brachio-céphaliques. Ce canal avait le volume qu'on lui trouve chez l'enfant naissant. Le reste du système vasculaire n'offrait aucune anomalie remarquable.

Après la naissance, l'aorte ne recevait plus que le sang de l'oreillette droite, celui des veines caves. Le cœur droit était ici sans relation de fonctions avec le cœur gauche; la circulation pulmonaire et la circulation générale étaient isolées et non croisées, combinées comme dans l'état sain; les seuls rapports qu'elles avaient consistaient dans le passage d'une petite quantité de sang vivifié par la respiration du ventricule gauche dans l'aorte par le canal artériel, et d'une petite quantité de sang noir dans l'oreillette gauche, à travers le trou de Botal que sa valvule propre ne pouvait oblitérer complètement. Les cas de l'espèce de celui qui précède sont fort rares, puisqu'on n'en connaît jusqu'ici que quatre bien constatés. (*Mémorial des hôpitaux du Midi*, novembre 1829.)

Fœtus monstrueux. — *Obs. par M. G. Goyrand, D. M.* — Au mois de juin 1829, on apporta à l'hospice des Enfans-Trouvés de l'ar-

rondissement d'Aix un fœtus mort-né, de huit mois environ, qui avait les deux membres abdominaux réunis dans toute leur longueur par une masse charnue épaisse, assez large à sa partie moyenne pour permettre un écartement de deux pouces entre les genoux, tandis qu'elle retenait les talons à trois ou quatre lignes l'un de l'autre. La face antérieure de cette masse charnue formait un plan qui s'élevait jusqu'au-dessus des pubis, et était séparée en cet endroit de la paroi antérieure de l'abdomen par un sillon en forme de croissant à concavité supérieure, du milieu duquel s'élevait un corps arrondi, lisse et imperforé, du volume d'une tête d'épingle. La face postérieure était bornée en haut par le contour des fesses. L'anus était imperforé; on voyait à sa place un point déprimé d'où s'éloignaient en rayonnant quelques plis cutanés. La symphise du menton n'était pas soudée. Ce fœtus fut disséqué avec soin, et l'on trouva au centre de cette masse charnue une membrane musculeuse composée de nombreux faisceaux à directions variées, dont les uns étaient obliques, les autres transversaux. Les premiers s'étendaient de la lame ischio-pubienne de la tubérosité sciatique et de la partie supérieure de la ligne âpre du fémur d'un côté, à la ligne âpre du fémur opposé, d'un tibia à l'autre; ils naissaient à-peu-près en égal nombre de chaque côté, et se croisaient sur la ligne médiane. A la hauteur des genoux était un faisceau transversal large d'un pouce, qui s'étendait d'un membre à l'autre, et dont quelques fibres se terminaient à un raphé médian qui recevait aussi des fibres obliques. La peau était séparée des faces antérieure et postérieure de cette membrane musculeuse par une couche épaisse de tissu cellulaire graisseux. Cette masse charnue recevait ses vaisseaux et ses nerfs des troncs vasculaires et nerveux des deux membres. On avait d'abord pris le petit corps qui s'élevait du fond du sillon sus-pubien pour le gland d'un pénis ou d'un clitoris; mais on reconnut par la dissection que ce corps naissait de la peau, et n'avait aucune racine au-dessous. Il n'existait point d'organes sexuels extérieurs; on trouva un utérus à sa place ordinaire, les ligamens ronds et larges, les ovaires et les trompes étaient dans l'état normal; il n'y avait point de vagin. L'appareil urinaire manquait en entier. Le gros intestin, sur le point de se terminer en cul-de-sac dans la fosse iliaque gauche, donnait brusquement naissance à une appendice étroite de même structure que lui, et dont la cavité communiquait avec la sienne. Cette appendice dégénérait vers le milieu de la hauteur du sacrum en un cordon fibro-celluleux sans cavité, qui, après un court trajet dans la direction ordinaire du rectum, se résolvait en tissu cellulaire au devant du coccyx. (*La Lancette franç.*, t. II, n.° 96).

Pathologie.

Tubercule de la moelle épinière. — *Obs. par M. Serre.* — Raphaël, natif d'Agde, département de l'Hérault, issu d'un père sujet aux maladies rhumatismales, avait été déjà atteint d'une nevralgie à la partie postérieure de la cuisse, lorsqu'à l'âge de 40 ans, et à la suite d'une suppression brusque de la transpiration, il fut pris de douleurs vives à la colonne vertébrale. On eut recours à divers moyens, parmi lesquels le malade se rappelle surtout un sinapisme que l'on avait promené le long du rachis. Environ trois mois après, Raphaël éprouva de nouvelles douleurs vers la région hypogastrique; ses urines ne coulaient qu'avec difficulté; bientôt il ne les rendit plus que par regorgement. A-peu-près à la même époque, les membres inférieurs avaient été frappés d'engourdissement, et les selles étaient devenues irrégulières; parfois même il y eut un peu de constipation. Le mal allant toujours croissant, Raphaël entra à l'hôpital Saint-Éloi (à Montpellier), le 15 mars 1819. Voici l'état dans lequel il se trouvait. Aucune espèce de difformité à la colonne vertébrale, et néanmoins douleurs vives et profondes à la région lombaire, rétention d'urine, sensibilité des membres inférieurs très-obtuse, motilité presque nulle; constipation assez fréquente; de temps en temps, diarrhée, ou mieux, déjections alvines abondantes: amaigrissement profond, perte d'appétit, digestions lentes et difficiles. Dès les premiers jours on chercha à réveiller la sensibilité du système cérébro-spinal par l'administration de l'extrait tour-à-tour aqueux et alcoholique de la noix vomique; on n'en obtint jamais qu'un soulagement apparent et momentané. Les membres, loin de recouvrer leurs facultés motrices et sensitives, devenaient de plus en plus impropres à remplir leurs fonctions, et l'état de flaccidité des muscles et leur atrophie toujours croissante, annonçaient une diminution rapide de l'influence nerveuse. En un mot, il y avait paralysie. On en vint alors aux moxas sur les côtés de la région lombaire, à l'usage des frictions sèches, des bains hydro-sulfureux, etc.; mais tous ces moyens n'eurent pas un meilleur effet, et une fluxion de poitrine, survenue dans cet intervalle, enleva le malade le 17 février 1820. Outre les adhérences nombreuses que présentaient les plèvres, les poumons furent trouvés dans un état d'hépatisation très-avancé; le rein droit contenait une très-grande quantité de pus et plusieurs graviers. On examina la colonne vertébrale, et l'on n'aperçut d'abord aucune trace d'altération: on ouvrit le canal rachidien, et l'on ignorait encore la cause qui pouvait avoir produit la paralysie; enfin l'on incisa les membranes, et l'on trouva vis-à-vis la quatrième et cinquième vertèbres *lombaires*, (M. Serres veut assurément dire les quatrième et cinquième vertèbres

dorsales), la moelle interceptée dans sa continuité dans l'étendue de près de deux pouces, et cet espace occupé par des tubercules gros, jaunâtres, à l'état de crudité, et disposés en forme de chapelet. Les enveloppes membraneuses correspondantes n'offraient aucun vestige d'inflammation. (*Gazette médicale*, tom. 1. n.° 7).

Inflammation du la veine médiane basilique gauche, suivie d'une foule d'accidens graves et de la mort. — *Obs. par le docteur Fallot, de Namur.* — Le nommé Gredig, soldat suisse, âgé de 22 ans, grand, bien bâti, récemment traité pendant quarante-cinq jours, à Charleroi, d'une fluxion de poitrine, prend des chagrins, devient morose et taciturne, et cherche la solitude. Souffrant d'un grand mal de tête, il s'adresse à un camarade qui a la prétention d'être médecin, et qui le saigne le 24 juillet 1829. Le bras étant devenu aussitôt après gonflé et douloureux, le même camarade y fait appliquer un cataplasme de farine de graine de lin, et administre une potion nitrée. Le 30, Gredig commença à délirer; il passa le 31 dans son lit, et fut porté à l'hôpital le 1.er août, à cinq heures du matin, dans la situation suivante : État semblable à celui de l'ivresse, tête lourde, langue embarrassée, paupières pesantes, yeux battus, membres inférieurs se dérobant sous le tronc, pouls vif, accéléré. Le malade donna lui-même à l'officier de santé de garde les renseignemens qu'on vient de lire. Celui-ci croyant à une congestion cérébrale, lui ouvre la veine, et en fait couler environ dix onces de sang. À la visite du docteur Fallot, à 7 heures et demie, la face était bleuâtre, les yeux sans expression et ne fixant rien, se renversaient fréquemment sous la voûte des orbites; le malade ne paraissait rien entendre ni rien sentir. Le pincement le plus fort ne provoquait aucun mouvement. Le bras droit était énormément tuméfié, mais flasque, empâté, conservant l'impression des doigts, sans chaleur ni rougeur, à l'exception du pourtour de l'ouverture faite avec la lancette, par où s'écoulait, à la pression de haut en bas, du pus sanguinolent, et d'une portion circonscrite de la face dorsale de la main, où l'on remarquait de la rénitence, de la rougeur et un peu de chaleur. Les mâchoires étaient étroitement serrées; quand on parvenait, ce qui ne se faisait pas sans quelque effort, à abaisser l'inférieure, elle conservait long-temps cette attitude. Le pouls était serré, profond, quelquefois si précipité que les battemens se confondaient; mais il n'était jamais le même aux deux radiales. Le cœur battait avec force. La respiration, libre à gauche, faisait entendre à droite un râle ronflant. On observa que du même côté la voussure antérieure de la poitrine était effacée, que les côtes rentraient plutôt que de bomber. (*20 sangsues aux tempes, dix autour de la saignée, larges sinapismes brûlans aux mollets.*) Après la saignée locale, le pouls se développe, se ralentit et se régularise un

peu. Le malade tousse et expectore des crachats purulens; sa figure perd de sa teinte bleuâtre; la température s'élève. Pendant toute la journée, le malade est dans un délire sourd; des mouvemens convulsifs agitent les muscles de la face et le bras gauche. (*Au soir, 20 sangsues aux tempes, eau glacée sur la tête.*) Le 2 août, la nuit s'est passée dans un délire loquace continuel. A la visite, décubitus sur le dos; yeux ouverts, ternes; face terreuse; pouls sautillant, à 120 pulsations; convulsions violentes de la face et du tronc, hoquets. Les articulations des bras paraissent douloureuses dès qu'on les meut; la physionomie du malade exprime une profonde souffrance; le bras droit, beaucoup diminué de volume, est ridé et flasque; par la pression on obtient quelques gouttes de pus sanieux; respiration râleuse, abdominale; haleine fétide; langue plate, muqueuse. (*Moutarde aux pieds, fomentations aromatiques sur le bras droit, eau de gomme acidulée.*) Vers le soir, réaction énergique; yeux rouges, larmoyans; impétueuse loquacité; pouls vibrant; dégoût pour toute espèce de boissons. (*3 sangsues aux tempes, eau glacée sur la tête.*) Le 3 août, inquiétude et jactitation jusqu'à une heure du matin; selle stercorale involontaire; alors sueurs abondantes, sommeil paisible jusqu'à cinq heures; à sept, une nouvelle selle blanchâtre comme de la terre glaise, rendue cette fois avec conscience, ainsi qu'une grande quantité d'urines jumenteuses. A la visite, même état à-peu-près que la veille; cependant le malade répond, quoique avec lenteur, aux questions qu'on lui adresse. Haleine exhalant une forte odeur de pus, expectoration purulente, fétide. Le bras droit revient progressivement à son volume ordinaire; mais l'empâtement persiste, et il ne sort plus de pus par la plaie. Sur la face dorsale de la *main gauche*, on remarque une tumeur molle, fluctueuse, indolore, sans chaleur et sans changement de couleur à la peau. (*Eau de gomme acidulée et édulcorée.*) Le 4 août, même état; contractions tumultueuses du cœur; pouls vibrant, irrégulier. (*15 sangsues à la région cardiaque, 8 grains d'émétique dans 7 onces d'eau de gomme édulcorée, à prendre par cuillerée d'heure en heure, foment. aromat. sur le bras.*) L'administration du mélange émétisé n'est suivie d'aucun vomissement; mais, après son emploi, la langue se sèche et une soif inextinguible se déclare. A l'entrée de la nuit, dix selles liquides copieuses, rendues coup sur coup; ensuite sueurs très-abondantes; mais pendant et après les évacuations, le pouls ne se ralentit pas, et la respiration reste laborieuse. Le 5, à la visite, des sueurs, exhalant une odeur acide pénétrante, inondent encore le front et la poitrine, tandis que les extrémités sont chaudes et sèches. Face violette; discours incohérens; convulsions; agitation extrême du cœur; les crachats sont supprimés; la langue est redevenue plate et humide. (*Saignée du*

bras de 12 onces; même boisson.) Le sang est conenneux, et les bords du gâteau sont recoquillés; après la saignée, le pouls se ralentit un peu, mais il conserve sa raideur, les mouvemens du cœur sont toujours tumultueux; c'est à la région précordiale que le malade rapporte actuellement ses douleurs. Le 6 août, nuit extrêmement agitée, pus rendu sans effort par gorgées. La face devient de plus en plus sinistre; respiration haute, suspirieuse; pouls cédant facilement à la pression. *(Large vésicatoire camphré à la région précordiale.)* Le 7, plaintes lamentables; le malade se dit dévoré d'un feu intérieur, dont la poitrine, et plus particulièrement le cœur, sont le foyer. Pommettes injectées d'un rouge sombre qui tranche sur la pâleur livide du reste du visage; tête brûlante, douloureuse; œil droit très-injecté; cornée trouble; pupille contractée et presque immobile. *(Bain tiède, affusion et ensuite embrocation d'eau froide sur la tête;)* Après le bain, l'expectoration purulente, qui était supprimée, se rétablit. L'œil droit est brouillé. *(Fomentations tièdes émollientes sur toute la poitrine.)* Le 8 août, nuit beaucoup moins agitée que les précédentes, quelques instans de sommeil à deux reprises. A la visite, expression sinistre des traits; yeux injectés; douleurs pectorales diminuées; respiration moins haletante. La plaie du bras droit laisse échapper de nouveau quelques gouttelettes de pus grisâtre; le bras est revenu à ses dimensions; l'empâtement a disparu. *(Bain.)* Après le bain, agitation extrême; mouvemens tumultueux et violens du cœur; sueurs abondantes. Le 9 août, nuit fort orageuse, soif inextinguible. Le pus sort en grande abondance par la bouche, sans effort et sans toux. A la visite, face violette; yeux caves; cornées opaques; respiration haletante; agitation du cœur; peau brûlante; idées confuses; soubresauts. Le malade exprime le désir de retourner au bain, et se rappelle y avoir été soulagé. Après le bain, sueurs copieuses, collantes, acides. Le 10 août, œil droit immobile et proéminent; œil gauche renversé en arrière; angoisse extrême. Mort le 11 août.

Autopsie douze heures après la mort. — Taches brunâtres partout où les révulsifs ont été appliqués, excoriation très-étendue au sacrum, opacité des deux cornées, plus complète à gauche, où le globe de l'œil est affaissé. Le cerveau et son prolongement sont examinés en place : système veineux de tout l'axe cérébro-spinal gorgé de sang; tissu cellulaire sous-arachnoïdien du cerveau infiltré de sérosité limpide; collection considérable d'un liquide pareil à la base du crâne et à la région cervicale de la moelle; ventricules cérébraux vides; couche optique et corps strié droits, ramollis. — *Appareil circulatoire.* A l'endroit où la lancette a été plongée, tuméfaction et comme lardification du tissu cellulaire sous-cutané; l'ouverture de la veine est remplie par un bouchon purulent; tunique interne de la veine

basilique enflammée, épaissie et tapissée, dans l'étendue d'un pouce, un peu au-dessus de la plaie, par une membrane grisâtre fort adhérente à la paroi vasculaire, et ne laissant à son centre qu'un passage tellement étroit, qu'au premier abord on la crut oblitérée ; au-dessus et en partant de cette membrane, le vaisseau est rouge, opaque, et renferme plusieurs caillots de sang noir, mollasse, mêlés à des traînées de pus épais. L'inflammation s'affaiblit de plus en plus à mesure qu'on remonte le tronc veineux, pénètre à peine dans la veine cave; et, dans l'intérieur du cœur, on n'en remarque plus aucun indice. Le tissu cellulaire de la région interne du bras, surtout celui qui est contigu à la veine, est creusé d'une grande quantité de petits abcès séparés et remplis de pus crêmeux. La tunique interne de l'artère brachiale est rouge. Le péricarde est très-épaissi à sa face sterno-costale : il a, dans plusieurs endroits, la dureté du cartilage. Le tissu cellulaire qui l'unit au sternum est lardifié; entre ses lames condensées se trouve un foyer purulent considérable. La tunique externe du cœur offre, surtout vers la base de l'organe, des plaques pointillées en rouge. Celle de l'origine de l'aorte, contenue dans le péricarde, est uniformement injectée en rouge. — *Appareil respiratoire*. Épanchement séro-albumineux abondant dans la cavité gauche du thorax. Lobes pulmonaires agglutinés par une exsudation membraneuse molle, qu'on remarque sur toute l'étendue de la plèvre. Le poumon gauche contient de petites collections purulentes peu nombreuses, mais déjà revêtues en partie intérieurement d'une membrane fibro-cartilagineuse. On en trouve une immédiatement au-dessous de la plèvre, vers le bord tranchant antérieur du lobe inférieur. Les deux lobes inférieurs du poumon droit sont d'un rouge brun, granuleux, pesans, comme hépatisés; on y rencontre une quantité innombrable de points purulens de la grosseur d'un grain de millet, et chaque section en fait découvrir de nouveaux. La trachée-artère et les bronches sont vivement enflammées. — *Appareil digestif*. La muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx est injectée, hérissée de points granuleux, et recouverte d'une épaisse couche purulente; celle de l'œsophage a sa couleur naturelle. Dans le grand cul-de-sac de l'estomac et dans d'autres points, elle est ardoisée, ramollie. Vers le pylore, on remarque des arborisations rouges qui se dessinent sur un fond grisâtre. Le duodénum est ardoisé; les valvules conniventes sont très-saillantes. Cette même teinte, qui règne dans toute l'étendue de l'intestin grêle, se fonce davantage vers sa terminaison, où la membrane interne est violette, très-épaissie, et abandonne la musculeuse par la traction la plus légère. Les gros intestins sont remplis de gaz. Le foie est volumineux, mais parfaitement sain; sa vésicule est distendue par de la bile poissouse. — *Appareil locomoteur*. Les articu-

lations scapulo-humérales et iléo-fémorales des deux côtés et la fémoro-tibiale droite sont remplies de pus, et environnées de vastes collections purulentes qui s'étendent au loin. Un foyer très-considérable se trouve au-dessous de la première couche des muscles du côté droit du cou, et s'étend depuis le menton jusqu'à la clavicule. Tous ces foyers sont remplis d'un pus crémeux, homogène et inodore. Il faut avoir vu l'abondance de ces collections pour pouvoir s'en faire une juste idée, et surtout celle de l'articulation tibio-fémorale droite. (*Annales de la méd. physiol.*, septembre 1829.)

Les réflexions que fait naître cette observation si remarquable sont à l'ordre du jour, et n'ont pas besoin d'être indiquées à nos lecteurs; nous n'en ferons qu'une sur les commentaires qu'y a ajoutés le rédacteur des *Annales*, c'est qu'il ne tient compte, pour expliquer tous les symptômes de la maladie et la formation de cette multitude de dépôts purulens en tant d'endroits à-la-fois, que des sympathies qui lient les unes aux autres les parties qui ont été affectées.

TUMEUR DANS LA RÉGION INGUINALE GAUCHE, FORMÉE PAR UNE HERNIE MUSCULAIRE. — *Obs. rec. par le doct. Roullois.* — Le nommé Boulmer, âgé de 33 ans, raffineur de sucre, d'une forte constitution, brun, bien musclé, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 octobre 1829. Il y a quatre mois, à la suite d'un violent effort en portant contre son ventre une caisse pesant 150 livres, il ressentit tout-à-coup une vive douleur accompagnée de craquement à la partie interne et supérieure de la cuisse. Le blessé tomba aussitôt en syncope, et quand il eut repris connaissance il lui fut impossible de se relever. Il voulut marcher; mais « il sentait, dit-il, quelque chose qui semblait s'embarrasser » dans la cuisse. » Ce sont les expressions du malade. Il s'aperçut alors d'une petite tumeur grosse comme une noix, située en dedans de la cuisse. Cette tumeur augmenta peu-à peu, de manière qu'à l'époque de l'entrée du nommé Boulmer à l'hôpital, elle avait acquis la grosseur d'un petit œuf de poule. Il existait aussi une hernie inguinale du côté gauche, qui s'était développée pendant le même effort. Voici ce qu'on observait dans la région affectée.

Dans l'aîne gauche, à la partie interne de la cuisse, à quatre pouces au-dessous du ligament de Fallope, entre le muscle premier adducteur et le droit interne, on sent sous la peau une petite tumeur du volume d'un petit œuf de poule; elle est indolente, pâteuse, mobile, sans changement de couleur à la peau, elle paraît enfoncée entre les muscles. En fléchissant un peu la cuisse et la portant dans la rotation en dehors, le malade fait saillir la tumeur qui paraît sortir entre les muscles et qu'on peut saisir facilement. Du reste elle n'est pas douloureuse, seulement elle gêne un peu le malade en marchant.

On pratiqua l'opération le 22 novembre. La peau fut incisée dans

l'étendue de trois pouces. On aperçut au fond de la plaie une ouverture faite à l'aponévrose *fascia-lata* : une portion de muscle se trouvait engagée dans cette ouverture, et se présentait sous l'aspect d'un corps mou et rougeâtre. Jusque-là on ne se doutait pas encore de la nature de la tumeur. On agrandit l'ouverture existant à l'aponévrose, et l'on chercha à saisir la tumeur qu'on considérait comme de nature graisseuse. Mais on ne put la rencontrer. Alors, on fit prendre au malade la position qu'il affectait lorsqu'il avait l'intention de la faire saillir, et l'on vit que cette tumeur était formée par une portion du muscle premier adducteur qui, dans le relâchement, s'engageait dans l'ouverture faite à l'aponévrose. La plaie ne fut pas réunie par première intention à cause d'un écoulement de sang fourni par une artère qu'il fut impossible de saisir dans le muscle lui-même; il fallut recourir à la compression. La plaie résultant de l'opération s'est cicatrisée. (*Proposit.* et *obs. sur la nature* et *le trait.* de *quelques maladies. Dissert. inaug. Paris*, *décembre* 1829. Extrait).

Constipation mortelle. — *Par le doct. Sibergundi.* — Un journalier d'une constitution athlétique, s'étant refroidi en entrant dans l'eau jusqu'au bas-ventre, se plaignit peu de temps après de douleurs dans l'abdomen, accompagnées d'une constipation opiniâtre. Un chirurgien lui prescrivit différens moyens qui restèrent sans succès. Au bout de huit jours M. Sibergundi vit le malade, qu'il trouva au lit, ne se plaignant que d'un sentiment de plénitude qui l'empêchait de prendre des alimens, et d'un constipation opiniâtre; de temps en temps il avait des envies d'aller à la selle, mais sans résultat. L'abdomen était tellement météorisé, qu'il fut impossible de reconnaître l'état des viscères à travers ses parois. Les autres fonctions étaient dans l'état normal; à l'extrémité des orteils on remarquait des ampoules semblables à celles produites par l'eau bouillante. M. S. prescrivit une potion huileuse avec le sulfate de magnésie, des lavemens vinaigrés et des bains tièdes. Ces moyens restèrent sans succès ainsi que le calomel, les fleurs de soufre, la magnésie et les lavemens de fumée de tabac, qui furent mis en usage plus tard. Le malade n'avait ni fièvre, ni vomissemens, ni douleurs, à l'exception du ténesme qui le tourmentait de temps à autre. L'abdomen se tuméfia de plus en plus, et les forces diminuèrent. Un autre médecin fut consulté; il fit faire des affusions froides sur les cuisses et prescrivit une potion huileuse; tous ces moyens échouèrent, et le malade succomba après trois semaines de maladie, sans avoir vomi une seule fois durant cet espace de temps. L'autopsie fit voir le bas-ventre énormément distendu et donnant une issue, aussitôt qu'il fut incisé, à des gaz très-fétides. On n'observa aucun épanchement de liquide dans la cavité du péritoine. L'extrémité droite du colon transverse, et les parties adjacentes

étaient bruncs, noirâtres, gangrenées. L'extrémité gauche du colon transverse, ainsi que la courbure qui le termine étaient repliées en avant et en bas, de manière à reposer sur la flexure sigmoïde du colon. Cette disposition interrompait le cours des matières fécales, par deux raisons; d'abord parce que le calon descendant était tourné sur lui-même en spirale et sa cavité effacée; et en second lieu parce que la partie repliée en avant, était énormément distendue par des matières fécales comprimant la partie inférieure du colon descendant. La portion ainsi distendue du colon avait au moins six pouces de diamètre et remplissait tout l'hypocbondre gauche. Les matières contenues étaient de consistance et de couleur normales. Le colon descendant ne présentait du reste aucune altération dans sa texture. (*Hufeland's Journal*, 1829. Juillet.)

Thérapeutique.

Recherches sur les propriétés médicales de l'acide hydrocyanique; *par le docteur Sandras.* — L'article qu'on va lire n'est qu'un sommaire des résultats exposés dans un Mémoire lu à la Société générale de Médecine. C'est le résumé des essais nombreux faits à la Pitié dans le service de M. Bally. L'acide hydrocyanique a été administré de deux manières, avec toutes les précautions propres à mettre les malades à l'abri de tout accident. 1.° En combinaison avec le potassium à l'état de cyanure de ce métal, mêlé de quadri-carbure de fer, dans la proportion suivante :

Cyanure de potassium pur..................	0,45
Quadri-carbure de fer......................	0,55
	1,00

C'est la préparation de cyanure de potassium la plus sûre, chimiquement parlant, pour des recherches de matière médicale, parce que c'est la seule qui, pour une quantité donnée, renferme toujours précisément la même quantité d'acide hydrocyanique. On faisait dissoudre cette substance dans une ou deux cuillerées d'eau distillée, selon la quantité prescrite, que le malade doit toujours prendre en une, deux ou trois fois; on enfermait le tout dans un petit flacon bouché à l'émeri, et, de cette manière, la perte d'acide hydrocyanique par l'évaporation était si légère; qu'il était à peine nécessaire d'en tenir compte; tandis que d'autre part, le quadri-carbure de fer insoluble se voyait à peine dans le liquide, à cause de la très-petite quantité de cyanure à laquelle on est forcé de se restreindre. Du mois d'août 1827 jusqu'en juillet 1828, 52 malades ont pris de ce cyanure depuis un quart de grain jusqu'à trois grains. Les effets ob-

servés ont tant d'analogie avec ceux de l'acide hydrocyanique libre, qu'il convient de les rapprocher dans un même article.

2.° L'autre forme, sous laquelle le médicament a été administré, consiste à employer cet acide lui-même non combiné. Celui dont on s'est servi était préparé d'après le procédé de Gea-Pessina, qui le donne dissous dans deux fois son poids d'eau. Pour le faire prendre aux malades, on versait, dans cinq onces d'eau légèrement sucrée, la quantité prescrite, et ils avaient ordre de tenir le flacon hermétiquement bouché, de le remuer un peu avant de boire, et de le vider en sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures. On commençait par quatre ou cinq gouttes pour la journée, puis on graduait successivement les doses. A l'aide de ce procédé, on n'a vu survenir aucun accident sur 61 malades, dont quelques-uns ont pris jusqu'à 18 gouttes d'acide par jour, ce qui revient à 6 gouttes d'acide anhydre.

Dans l'état de santé, l'acide hydrocyanique modifie puissamment les fonctions de l'encéphale et de ses dépendances. A très-petites doses, il occasionne le plus souvent des fourmillemens, des picotemens dans tout le corps, de la somnolence ou des insomnies, très-souvent de la céphalalgie, et par fois des frissons. Une dose un peu plus forte cause des vertiges, des bourdonnemens dans les oreilles, une sorte de délire, des nausées, des défaillances, tous les symptômes de l'ivresse: enfin, si la dose était un peu plus élevée, nul doute que l'innervation ne fût anéantie, puisqu'elle est troublée si profondément par les moindres quantités de cet acide. Mis en contact immédiat avec les voies digestives, comme il l'a été dans toutes nos expériences, il commence par exciter vers l'estomac une douce chaleur qui se répand dans tout l'abdomen; là, il produit assez souvent des gargouillemens, quelques coliques, et parfois quelques selles. De l'abdomen, la chaleur se propage ordinairement dans tous les membres, et l'action du médicament est si vive et se communique avec tant de promptitude, qu'une sueur générale peut couvrir tout le corps, cinq minutes après qu'un demi-grain de cyanure, ou quelques gouttes d'acide médicinal (acide préparé d'après le procédé de Gea-Pessina, contenant un tiers d'acide anhydre), ont été avalées. En résumé, on trouve sur 113 malades soumis à l'action de ce médicament :

102 probabilités qu'il agira de manière à troubler l'innervation;

71 Qu'il excitera les voies digestives;

18 Qu'il influera sur la caloricité; que trois fois seulement il l'altérera en moins;

15 Qu'il augmentera les sueurs;

4 Qu'il activera la sécrétion urinaire;

4° Qu'il agira sur les organes thorachiques dont il enrayera deux fois l'action, et qu'il excitera deux fois.

Avant de passer à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'acide hydrocyanique, il sera bon de présenter un tableau des différens cas où il a été employé. Cette indication précisera d'avance les faits qui méritent de fixer plus particulièrement l'attention. On a traité par l'acide hydrocyanique,

15 bronchites aiguës, dont......	11	ont été mieux;	1	plus mal.
10 chroniques..................	4	—	0	—
1 dyspnée sans cause appréciable.	1	—	0	—
14 phthisies pulmonaires........	7	—	3	—
4 — laryngées..............	3	—	0	—
5 asthmes....................	3	—	0	—
5 hypertrophies du cœur.......	2	—	0	—
3 dilatations.................	1	—	0	—
2 embarras gastriques..........	0	—	1	—
1 vomissement sans cause connue.	0	—	0	—
1 gastrite aiguë...............	0	—	0	—
3 gastrites chrouiques..........	0	—	2	—
2 squirrhes de l'estomac........	2	—	0	—
2 constipations................	2	—	0	—
1 péritonite chronique..........	0	—	0	—
1 hypochondrie................	0	—	0	—
5 douleurs rhumatismales.......	1	—	1	—
1 douleur sur un zona.........	0	—	0	—
1 tremblement d'ivrogne.......	0	—	0	—
1 épilepsie..................	0	—	0	—
1 hystérie....................	0	—	0	—
1 carie de la colonne vertébrale..	0	—	0	—
11 rhumatismes................	0	—	0	—
5 épidémies de 1829..........	1	—	0	—
1 syphilis chronique..........	0	—	0	—
1 phlébite...................	0	—	1	—
2 fièvres intermittentes........	1	—	0	—

Les 13 autres malades dont il n'est pas question dans ce tableau, étaient des individus fatigués ou affaiblis par la misère, qui, sans maladie déterminée, séjournaient quelque temps à l'hôpital, soit pour attendre une place à Bicêtre, soit pour se reposer en prétextant quelque maladie vague; ceux chez qui, enfin, aucun effet thérapeutique ne pouvait être observé.

Après avoir présenté la table comparative des maladies contre lesquelles l'acide hydro-cyanique a été employé, et des effets bons ou

mauvais qu'on en a vu résulter, il faut examiner en détail la valeur de chacun des résultats, en tenant compte des conditions dans lesquelles ils ont été obtenus. De cet examen seul, on pourra tirer des conséquences pratiques assurées.

1.° Des 15 bronchites aiguës, 3 n'ont été nullement modifiées, une s'est aggravée, c'est-à-dire, qu'à chaque prise du médicament, la toux devenait plus forte et plus fatigante; les autres, pendant un traitement dont la durée moyenne a été de onze jours, se sont amendées, et même, l'une d'elles, a été guérie comme par enchantement. Que prouvent ces faits ? Une seule chose, peut-être, c'est que l'acide hydrocyanique n'est pas nuisible dans les bronchites aiguës; mais ils ne démontrent point que l'action de cette substance y soit très-avantageuse. Qui ne sait que les soins hygiéniques les plus simples guérissent presque toujours ces légères affections d'une manière rapide ? Le cas de guérison presque instantanée, n'est-il pas compensé par cet autre fait, où, dans les mêmes conditions, le même remède a semblé nuire ?

2.° Sur neuf bronchites chroniques, l'acide hydrocyanique paraît cinq fois sans influence; une fois seulement en dix ou douze jours de son usage, la maladie marche rapidement vers la guérison, et trois autres fois il produit à peine une légère diminution dans les symptômes : qui oserait tirer de ces faits une conclusion positive et favorable à son action ?

3.° Autre fait aussi peu probant : une dyspnée dont la cause resta toujours inconnue, a cessé peu-à-peu *en vingt-six jours* d'un traitement par l'acide hydrocyanique.

4.° Des quatorze phthisies pulmonaires tuberculeuses, soustrayons d'abord quatre cas où aucun changement n'eut lieu, puis trois autres, où l'administration de l'acide coïncide avec une augmentation de la dyspnée, de la toux, de la difficulté à cracher, avec l'expuition insolite de crachats sanguinolens; resteront seulement sept observations qui présentèrent quelque amélioration dans les symptômes. Mais ces améliorations consistèrent seulement en ceci : que la respiration devint momentanément plus facile, la toux moins fatigante, le crachement plus aisé, le sommeil plus tranquille; et, après ce mieux, tous les malades n'en ont pas moins marché, avec le cortège ordinaire des symptômes, vers une mort à laquelle aucun n'a échappé. Mais le peu de mieux qu'on a observé n'arrive-t-il pas à tous les malades que leur séjour à l'hôpital et au lit soustrait aux chances défavorables au milieu desquelles ils vivaient?

5.° On est forcé de faire la même remarque sur les succès apparens dans les quatre phthisies laryngées, les trois hypertrophies du cœur, et les trois dilatations du même organe.

6.° Il est plus difficile de se prononcer pour les asthmes. Trois accès ont été assez rapidement guéris chez trois vieillards.

7.° Dans un cas d'embarras gastrique l'utilité du remède est nulle, dans l'autre, il aggrave les symptômes.

8.° Impuissant contre un vomissement sans cause appréciable, contre une gastrite aiguë et contre une gastrite chronique; dans deux autres cas de cette dernière maladie, il produit, chaque fois que les malades en prennent, une exacerbation marquée: chez l'un il en est résulté une vive céphalalgie et des frissons; chez l'autre, des coliques violentes et une augmentation très-considérable des douleurs.

9.° Le tableau porte comme soulagés deux malades présentant les symptômes les mieux caractérisés de squirrhes de l'estomac. L'un d'eux prit cinq gouttes d'acide, et parut souffrir moins pendant deux jours; mais l'amélioration s'arrêta là; l'autre prenait 1/4 de grain de cyanure; il eut d'abord aussi deux jours plus supportables; puis le mieux se suspendit pour reparaître quinze jours après et cesser presque incontinent. Enfin, pour l'un comme pour l'autre, les progrès du mal et la mort ne parurent en aucune façon retardés.

10.° Deux femmes constipées, et sans autre indisposition, vont à la garde-robe après avoir pris l'acide hydrocyanique. L'une d'elles a même un peu de diarrhée. Que prouve ce fait unique contre tant d'autres qui ne laissent deviner, dans ce médicament, aucune propriété de ce genre?

11.° Enfin tous les cas qui suivent montrent l'acide hydrocyanique sinon nuisible, au moins complètement impuissant contre des maladies très-diverses.

D'après ces recherches, que les médecins éclairés concluent sur la valeur d'un remède célébré pendant un temps avec enthousiasme; mais qu'ils se gardent d'omettre, dans les élémens de leur calcul, les dangers que l'usage d'un tel médicament fait courir aux malades, les accidens affreux qu'il a déjà causés et auxquels on ne peut échapper qu'avec des précautions infinies. (*Gazette de Santé* des 5 décembre et 15 décembre 1829).

Nouveau mode de débridement de l'anneau dans l'opération des hernies inguinale et crurale; *par le docteur Délouay.* — Par le procédé qui suit, il n'y a pas, à proprement parler, de lieu d'élection pour le débridement. Il est subordonné aux différentes variétés qu'on peut rencontrer dans une hernie. Cependant, dans le cas le plus simple, et le plus ordinairement, c'est à la partie moyenne de l'angle supérieur de l'anneau, qu'on doit débrider, et toujours de dehors en dedans, ou de l'extérieur à l'intérieur, et dans la direction de l'anneau. Pour opérer ce débridement, le chirurgien porte la face palmaire du doigt indicateur de la main gauche, tout

près de l'anneau, pour affaisser la tumeur herniaire, et pour la préserver en même temps de l'atteinte du bistouri que l'on conduit de bas en haut pour couper ou plutôt érailler de l'extérieur à l'intérieur les fibres de la partie supérieure de l'anneau. Les premières fibres étant coupées, on introduit le doigt sous l'anneau, ce qui suffit dans la plupart des cas pour faire cesser l'étranglement. Dans cette circonstance, la méthode de Leblanc peut être combinée avantageusement avec le procédé dont il s'agit, en se servant du doigt comme d'un dilatateur. Si cette première incision ne suffisait pas, on en ferait une seconde et même une troisième, s'il était nécessaire, sur divers points de l'anneau, en ayant soin de porter le doigt indicateur de la main gauche le plus près possible de l'anneau, et en excisant toujours de l'extérieur à l'intérieur. Nous ne rappellerons pas ici tout ce qui est recommandé pour opérer ensuite la réduction.

Ce mode de débridement est à-la-fois plus simple et moins dangereux que ceux qui ont été indiqués et pratiqués jusqu'à présent. Il est le seul, en effet, dans lequel on agisse avec certitude, puisqu'on ne porte le tranchant du bistouri que sur des parties qui s'offrent à la vue, et qu'il permet ainsi d'éviter la lésion de l'artère épigastrique. En outre, en débridant l'anneau de cette manière, il importe peu à l'opérateur que, dans la hernie inguinale, par exemple, le déplacement des viscères soit fait d'une manière directe ou oblique. La position de l'artère épigastrique, si différente dans ces deux cas, est d'une considération secondaire, puisqu'en agissant toujours de l'extérieur à l'intérieur, et en disséquant lentement, il est impossible de léser non-seulement ce vaisseau, mais encore les parties herniées; et quand même le premier de ces accidens viendrait à arriver, on pourrait facilement y remédier, puisque l'ouverture béante de l'artère se trouverait à découvert au milieu des parties déjà disséquées. Enfin, on peut encore, plus aisément que par tout autre procédé, limiter l'étendue du débridement à volonté, puisque l'œil suit chacune des parties que l'instrument divise. (*Quelques considérat. sur l'opérat. des hernies crurale et inguinale, suivies de l'exposé d'un nouveau procédé. Diss. inaug. Paris, décembre* 1829.) (Extrait.)

Hydrarthrose énorme du genou, guérie par l'emploi répété des antiphlogistiques et des purgatifs. — C..., âgée de 40 ans, d'une taille moyenne, d'une assez bonne constitution, entra dans la salle Saint-Côme de l'Hôtel-Dieu, le 21 juillet 1829, pour y être traitée d'une maladie de l'articulation fémoro-tibiale gauche. Elle faisait remonter à quinze ans l'origine de cette affection, et l'attribuait à une contusion qu'elle s'était faite à cette époque, en sautant par la fenêtre d'un premier étage. Depuis ce temps elle a toujours souffert dans le genou, qui acquérait un volume considérable dès qu'elle se

livrait aux travaux de sa profession, pour disparaître en partie par quelques jours de repos. Toutefois pendant huit ans la maladie fut peu intense, mais depuis une nouvelle chute sur le genou. que C. fit il y a environ sept années, la marche a toujours été douloureuse, et l'engorgement n'a plus disparu par le repos. Quelques applications de sangsues et de vésicatoires, et une foule de moyens insignifians ou empiriques, ont été employés sans le moindre succès. Pendant longtemps la tumeur a été fluctuante, ce que prouve le témoignage de la malade qui dit que, dans son lit, elle s'amusait à faire passer une espèce de flot d'un côté de la rotule à l'autre; mais depuis plusieurs mois ces mouvemens sont tout-à-fait impossibles. A l'entrée de la malade à l'hôpital, le membre est dans une extension forcée et ne peut exécuter aucun mouvement. Le genou est déformé par une tumeur fusiforme s'étendant du tiers inférieur de la cuisse à la partie supérieure de la jambe, en triplant au moins le volume des parties. Au premier aspect, la maladie ressemble parfaitement à une tumeur blanche; en effet, l'accumulation de synovie est si grande, la tension si considérable, qu'on pourrait croire que cette tumeur est formée de tissu lardacé; cependant en examinant avec beaucoup d'attention, on sent une fluctuation sourde. En arrière, le creux du jarret est rempli par une tumeur dure et d'apparence fibreuse, que M. Dupuytren dit n'être autre chose qu'une espèce de hernie de la synoviale. Un oreiller est placé sous le membre, et l'on recommande à la malade le repos le plus parfait. (40 *sangsues sur la tumeur, bain après la chute des sangsues, cataplasmes émolliens*). Le 30, il sembla que la fluctuation soit un peu plus facile à sentir. (40 *sangsues, bain*). Au 16 août, la malade a pris tous les jours, depuis le commencement du mois, deux onces d'huile de ricin, et deux pots de bouillon d'herbes. Déjà le volume de la tumeur a diminué sensiblement. La fluctuation est évidente en beaucoup de points; elle commence à se faire sentir dans le creux du jarret, (*Continuation des cataplasmes et des purgatifs*). Le 31 août, le genou était revenu presque à son volume naturel, lorsque la malade, voulant atteindre un objet éloigné de son lit fit un effort brusque pour éviter de tomber, et ressentit immédiatement une douleur excessivement vive dans l'articulation affectée. Cette douleur ne tarda pas à être suivie d'un nouvel épanchement de synovie, qui rendit presque aux parties leur premier volume. (50 *sangsues, bain, diète*). Le 10 septembre, l'état du genou est très-satisfaisant, mais les voies digestives commencent à se fatiguer de la répétition des purgatifs. On les suspend pendant quelques jours, puis on remplace la potion purgative par un lavement avec deux onces de sulfate de soude. Le 25 septembre, le genou est à-peu-près revenu à son état normal; la peau est flasque; les mouvemens sont assez

faciles et étendus; il reste pourtant encore quelque chose dans le creux du jarret. On permit à la malade de se lever quelques heures par jour. L'état des voies digestives permet de revenir à l'huile de ricin. Le 2 octobre, C... veut sortir; le genou a à-peu-près sa forme naturelle. La marche est peu gênée; cependant si la malade demeure trop long-temps debout, elle ressent quelques douleurs dans l'articulation du genou, et la jambe et le pied s'œdématient légèrement. Elle sort, avec le conseil de ne point se fatiguer, et d'exercer une compression continue, au moyen d'une genouillère lacée et munie de deux coussinets destinés à comprimer, l'un en dedans, l'autre en dehors de la rotule. (*La Clinique*, 26 décembre 1829).

Pharmacologie, Chimie médicale.

Résultat de l'analyse comparative des eaux de la Seine et du canal de l'Ourcq. — *Par L. N. Vauquelin.* — L'eau du canal de l'Ourcq contient plus d'acide carbonique que l'eau de la Seine; celle-ci au contraire renferme une proportion évidemment plus grande de gaz oxygène. Les sels insolubles contenus dans les eaux du canal sont, pour 1000 parties 0,350, et pour les eaux de la Seine, 0,1826: ce qui constitue la différence, c'est moins le carbonate de chaux que le sulfate de la même base. La différence pour le dernier sel est très-remarquable; elle est encore plus sensible, si on compare le sulfate de magnésie contenu dans ces deux eaux: on voit que la quantité est près de six fois plus grande pour les eaux du canal que pour les eaux de la Seine.

Si on compare les eaux du canal entre elles, on voit la quantité de sulfate et de carbonate calcaire décroître en arrivant dans le réservoir Saint Laurent, et diminuer davantage dans les bassins Saint-Victor. La quantité de sulfate de magnésie paraît suivre une progression contraire, ce qui semble indiquer qu'une faible partie des sels insolubles se dépose dans le trajet; tandis que les pierres où le mastic qui entrent dans la composition des réservoirs cèdent à l'eau du sulfate de magnésie. Les eaux du canal contiennent une proportion bien remarquable de scilice, mais que la présence des sels magnésieus rend très-difficile à séparer. Cette terre existe encore dans les eaux de la Seine, mais en quantité plus minime et qui ne peut être appréciée avec quelque précision.

La comparaison des eaux de la Seine, puisées en différens endroits est bien digne de remarque. Les nuances bien tranchées qu'on a observées sur les deux rives, avant l'entrée dans Paris, tiennent sans doute aux eaux de Seine et de Marne qui arrivent sans être mélangées sur les rives. Sur la rive droite on trouve la magnésie combinée avec les acides *carbonique*, *sulfurique*, *hydrochlorique* et

en quantité bien appréciable ; sur la rive gauche, au contraire, on ne rencontre plus ni carbonate ni sulfate de cette base, on n'en retrouve plus que des traces combinées avec l'acide hydrochlorique. Sur la rive droite, les sels déliquescens ne donnent aucun indice de nitrate ; sur la rive gauche au contraire, la présence d'un nitrate est bien manifeste, quoique en très-petite proportion. Au milieu et au sortir de Paris, on retrouve une petite quantité de sulfate de magnésie et de carbonate de la même base. La quantité de nitrate de magnésie s'est insensiblement accrue dans le trajet, mais n'est point encore en proportion suffisante pour être très-rigoureusement estimée. Le sulfate et le carbonate de chaux ne varient pas sensiblement dans les différentes positions, mais la quantité des substances organiques s'accroît dans la traversée de Paris, et parvient à son maximum au sortir de la ville; cependant ce maximum équivaut à peine à la quantité des substances organiques contenues dans les eaux du canal. Les moyens d'analyse connus sont insuffisans pour arriver à l'estimation numérique de la quantité de ces matières.

D'après ces résultats, l'eau du canal de l'Ourcq convient-elle aussi bien à la distribution dans Paris que l'eau de la Seine ? Non. Les eaux du canal contiennent deux fois plus de sels étrangers que les eaux de la rivière. Parmi ces sels, les sulfates sont principalement dominans, ce sont eux qui nuisent le plus aux opérations du savonnage, et qui sont regardés comme donnant à l'eau plus de crudité. Les eaux de la Seine sont animées d'un mouvement plus rapide que les eaux du canal, et ce mouvement a deux effets salutaires ; le premier d'aérer l'eau, le second de diminuer la quantité de substances organiques en dissolution. Il convient cependant d'ajouter que les eaux du canal ne sont point absolument impropres à tous les usages économiques ; la quantité de substances étrangères n'y est pas encore aussi considérable que dans certaines eaux qu'on peut regarder comme salubres : cependant elles approchent de près la limite qu'elles peuvent atteindre durant les sécheresses ; puisque le choix est facile, les eaux de la Seine doivent être préférées.

Dans quelle position doit-on prendre les eaux de la Seine ? L'eau de la Seine, comme on l'a vu, diffère entièrement sur les deux rives, par rapport à la nature des sels ; mais par rapport à la quantité, la différence n'est pas sensible. La nature des sels ne peut motiver aucune cause d'exclusion ; la quantité de substances organiques est à-peu-près égale de part et d'autre ; elle est plus considérable au milieu et au sortir de Paris : cependant on doit dire que ce maximum est fort peu de chose, et ne doit être qu'un motif léger de préférence. Le motif le plus plausible qui pourrait déterminer le choix, est purement physique. Avant d'entrer dans Paris, la Marne coule sur la

rive droite. Cette rivière arrose un terrain meuble, et charrie plus souvent des matières en suspension; il faut un temps plus considérable pour la dépuration. On doit donc préférer les eaux de la Seine coulant sur la rive gauche, prises au-dessus du pont d'Austerlitz, si on ne trouve pas un moyen d'épuration plus facile et plus prompt que ceux employés jusqu'à ce jour dans les distributions générales des eaux courantes. (*Journal de Pharmacie*, janvier 1830.)

Note sur l'extraction de la chinoide, et sur l'usage médical des eaux-mères du sulfate de quinine; *par MM. Ravizza et Casati.* — On sait que M. Sertuerner a fait récemment des expériences tendant à démontrer la présence d'un nouvel alcali dans les eaux-mères du sulfate de quinine, et qu'il a nommé *chinoïdine*. M. Ravizza, chimiste et pharmacien de Milan, vient de simplifier le mode d'extraction de ce nouveau produit. Voici son procédé : Il a pris quatre livres d'eaux-mères de sulfate de quinine qui avaient été traitées à plusieurs reprises pour en retirer tout ce qu'elles pouvaient contenir encore de sulfate de quinine et de cinchonine. Ces eaux avaient une couleur jaunâtre, une légère viscosité et une odeur assez désagréable. Après leur avoir enlevé, à l'aide de différens moyens connus, tout ce qu'elles contenaient des alcalis indiqués, on y ajouta peu à peu une solution de chlorure de soude, et à mesure que le mélange s'opérait, le liquide se couvrit d'une couche de matière grasse visqueuse qu'on enleva assez difficilement avec une carte mince. Quand on eut ajouté de cette manière dix onces de la solution de chlorure de soude, les eaux devinrent incolores, et laissèrent précipiter le nouvel alcali (*la chinoïde*) à l'état de sulfate, combiné avec un peu de chlorure de soude, dont il fut aisé de le séparer ensuite. Les quatre livres d'eaux-mères donnèrent de la sorte *cinq gros* de sulfate de chinoïde. Ce sel, appliqué sur la langue, détermine un picotement plus vif que le sulfate de quinine, et est plus soluble que ce dernier.

M. Sertuerner avait pensé que le résidu des eaux-mères du sulfate de quinine pouvait jouir de propriétés malfaisantes à cause des matières colorantes qu'il contient. Loin de là, il a une efficacité très-grande comme fébrifuge. Une expérience de plus de quatre années met cette vérité hors de doute. Le docteur Casati et plusieurs autres praticiens emploient constamment avec succès cet extrait qu'on prépare en réduisant les eaux-mères par l'évaporation, en consistance d'extrait. Vingt-quatre grains de cet extrait en douze pilules suffisent communément pour faire disparaître les accès fébriles. La fréquence des fièvres intermittentes en Italie a donné l'occasion de vérifier déjà un grand nombre de fois l'efficacité de ce médicament. Ce qui ajoute encore à son avantage, c'est la modicité de son prix. Cent livres de quinquina, dit M. Ravizza, donnent trente-quatre onces de sulfate

de quinine, plus dix onces d'extrait provenant des eaux-mères; or, si vingt-quatre grains suffisent pour la guérison, dix onces d'extrait peuvent servir pour traiter deux cent quarante malades. Ce moyen doit donc être aussi préféré au sulfate de chinoïde, quel que soit le mode d'extraction qu'on emploie pour le retirer des eaux-mères, puisque l'extrait contient cet alcali en totalité, et que ses propriétés sont aussi énergiques.

Les expériences du docteur Casati faites avec l'extrait des eaux-mères du sulfate de quinine ont commencé au mois de juillet 1829, et duré jusqu'au 5 novembre suivant. Ce médecin a traité dans cet intervalle plus de cinquante-six individus différens de sexe et d'âge, affectés de fièvres périodiques de types divers. Chez tous, dix-huit à trente pilules de deux grains ont suffi pour faire disparaître la fièvre sans retour. Aucun n'a éprouvé de rechute, et les accès ont été promptement suspendus, soit que la fièvre fût quotidienne, tierce, quarte double ou simple. Les premières doses de ces pilules ont le plus souvent pour effet de causer une diarrhée légère, mais qui ne dure pas. (*Annali universali di med. Milan*, décembre 1829.)

Académie royale de Médecine. (Février.)

Suite de la séance du 19 *janvier.* — EXTRACTION DE LA MORPHINE DE L'OPIUM. — Rapport de MM. Robiquet et Guibourt sur un nouveau procédé d'extraire la morphine de l'opium, par M. Blondeau. Beaucoup de chimistes, dans ces derniers temps, ont recherché le moyen de séparer la morphine, avec le moins de perte possible, de la matière résinoïde colorante qui l'accompagne. 1.° M. Hottot fractionne la quantité d'ammoniaque nécessaire à la décomposition des sels de morphine; n'employant d'abord d'ammoniaque que ce qu'il faut pour saturer l'excès d'acide naturel à la dissolution d'opium, il précipite par là d'abord une grande partie de la matière résinoïde colorante; n'employant ensuite le reste de l'ammoniaque qu'après avoir séparé ce premier dépôt, il obtient une morphine tellement dégagée de matière étrangère, qu'une solution dans l'alcohol suffit ordinairement pour la purifier. Les commissaires reconnaissent que, dans ce procédé, l'opération est accélérée; cependant, si l'on ne veut pas perdre ce qui reste de morphine dans le premier dépôt, il faut reprendre celui-ci plusieurs fois, ce qui est dispendieux. 2.° M. Girardin extrait d'abord la morphine brute par la

méthode de Sertuerner; puis il la lave dans de l'alcohol faible, la reprend par l'acide sulfurique étendu, et la précipite de nouveau pour la purifier par l'éther et l'alcohol. Mais ne doit-on pas en perdre beaucoup dans cette série de lavages et de reprises? 3.° M. Fauré convertit l'opium en extrait aqueux, reprend celui-ci par l'eau froide et évapore, et répète ces opérations jusqu'à cinq fois, pour n'avoir plus qu'un produit entièrement soluble dans l'eau et, par conséquent, entièrement débarrassé de tout résinate de narcotine. Les commissaires pensent qu'il reste probablement encore de la morphine dans le résidu, et que l'opération est bien longue et, par conséquent, chanceuse. 4.° Enfin, M. Blondeau fait macérer un kilogramme d'opium divisé dans deux fois son poids d'eau tiède, le délaye exactement, et y ajoute quatre onces de miel et deux onces de levure; il dépose ce mélange dans une étuve chauffée à 20 ou 25 degrés; la fermentation s'y établit; et lorsque l'odeur alcoholique s'y est bien développée, il passe au travers d'une toile serrée, et exprime le résidu après l'avoir lavé à plusieurs reprises : toutes les liqueurs sont ensuite mêlées et évaporées convenablement, et, après refroidissement, précipitées à l'aide d'un léger excès d'ammoniaque; le précipité est ensuite lavé à l'eau froide, séché et repris par l'acide hydrochlorique; il purifie l'hydrochlorate formé et, enfin, en extrait la morphine par le procédé de MM. Henry fils et Plisson. (Voyez les *Archives*, T. XVI, p. 478, et le T. XVII, p. 629.) On obtient ainsi, selon M. Blondeau, une quantité beaucoup plus grande de morphine. Les commissaires de l'Académie ont d'abord recherché ce que faisait la fermentation sur l'opium; ils ont fait fermenter comparativement de l'opium seul délayé dans de l'eau, de la levure seule délayée aussi dans de l'eau, et de l'opium avec de la levure; ils ont reconnu que, dans ce dernier cas seulement, il se dégageait de l'acide carbonique; que la fermentation augmentait la quantité de matière soluble ou d'extrait, diminuait celle du résidu, et faisait perdre à ce résidu toute sa tenacité. Ils n'ont pu constater, dans la liqueur filtrée et distillée, la présence de l'alcohol. Quant à la quantité de morphine obtenue dans chacun de ces cas, les commissaires ont reconnu, en premier lieu, que la quantité de morphine brute que peut fournir l'opium est considérable, de trois à quatre onces par livre ou pour huit onces d'extrait; en deuxième lieu, que cette quantité est bien plus grande avec l'opium fermenté avec de la levure, qu'avec l'opium non-fermenté ou avec l'opium fermenté seul, probablement parce que la fermentation à l'aide de la levure a débarrassé la morphine des matières qui s'opposent à sa complète précipitation par l'ammoniaque. Un kilogramme d'opium qui, traité à la manière ordinaire, ne fournit que six onces quatre gros de morphine brute, en a fourni huit onces un gros par

le procédé de M. Blondeau. Seulement, les commissaires préfèrent purifier cette morphine par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par l'alcohol, que par l'acide hydrochlorique, comme le veut M. Blondeau. M. Lodibert remarque que ce procédé de M. Blondeau éclaire la théorie de la préparation des vins médicinaux faits par fermentation, et explique pourquoi la bierre de quinquina de Mutis, par exemple, et l'opium de Rousseau, ont une énergie supérieure aux infusions et décoctions de quinquina, et aux teintures opiacées faites avec les mêmes proportions de médicamens et de véhicule ou de dissolvant.

Poudre de houx comme fébrifuge. — M. Chomel lit un mémoire sur l'emploi de la poudre de houx, *ilex aquifolium*, dans les fièvres intermittentes. Vingt deux malades de fièvres intermittentes ayant été, dans l'espace de quelques mois, admis dans les salles de clinique de la Charité, M. Chomel a expérimenté la poudre de houx qui a été préconisée dans ces derniers temps comme fébrifuge. Avant d'employer le remède, il a attendu que quelques accès se fussent succédés dans l'hôpital; et bien lui a pris de cette précaution, car des vingt-deux fébricitans admis, sept déjà ont guéri sans médicamens, et par le fait seul de leur éloignement du lieu où ils avaient pris la fièvre. M. Chomel n'a pas encore jugé propres à l'essai qu'il voulait faire, quatre malades dont les accès présentaient un décroissement rapide, et huit autres chez lesquels la fièvre était compliquée d'une phlegmasie légère des intestins ou du conduit auditif, etc. Il n'a donc employé la poudre de houx que sur trois malades, et bien qu'il ait porté la dose de un gros à deux onces, dans les trois cas la fièvre résista et ne céda que plus tard à l'emploi du sulfate de quinine. M. Chomel fait remarquer combien il aurait été trompé sur la véritable efficacité de la poudre de houx, s'il eût agi sur les vingt-deux fébricitans admis à l'hôpital, puisqu'il aurait pu attribuer à l'action de ce médicament une guérison qui est arrivée spontanément sur sept des malades, qui est arrivée sans lui sur douze autres, et qui n'a pas été obtenue par lui dans les trois derniers. M. Chomel dit aussi avoir expérimenté si deux grains de sulfate de quinine suffisent pour arrêter une fièvre intermittente chez un adulte, comme l'a avancé M. Magendie; et il a reconnu que cette dose n'était pas suffisante.

Cancer de la vessie chez un vieillard de 86 ans. — *Observation de M. Amussat.* — Ce vieillard, six mois avant sa mort, accusa des douleurs intermittentes à l'hypogastre; bientôt surviennent une hématurie d'abord, puis une rétention d'urine due à la présence d'un énorme caillot de sang dans la vessie — *Nécropsie.* Cancer cérébriforme, champignon carcinomateux sur le côté gauche de la partie postérieure du bas-fond de la vessie, et dont le cathétérisme avait,

pendant la vie, fait découvrir le siége; parois de la vessie manifestement hypertrophiées; colonnes charnues de ce viscère très-développées et sensiblement ramollies; la prostate est saine, mais la vésicule spermatique gauche est pleine de pus; l'urètre est malade depuis la crête urétrale jusqu'au tiers moyen de la verge; il offre une matière blanche, pulpeuse, sorte de détritus de la membrane muqueuse; celle-ci est rouge, gonflée, ses lacunes sont très-développées; il y avait hernie inguinale épiploïque droite; les reins étaient sains.

Séance du 26 janvier. — Concordance de l'état atmosphérique avec les maladies régnantes a Amiens et ses environs dans l'été de 1829. — Mémoire de M. Trannoy, médecin des épidémies dans le département de la Somme : rapport de MM. Borie, Lucas et Louis. La Commission, après avoir analysé le travail de M. Trannoy, exprime le vœu que les médecins des épidémies ne se bornent pas à des énonciations générales, et par conséquent toujours plus ou moins vagues, mais veuillent bien recueillir et adresser à l'autorité des observations particulières.

Miliaire. — Mémoire de M. Eudes, médecin à Bayeux; rapport de MM. Rullier et Martin-Solon. M. Eudes professe que la miliaire n'est pas une affection symptômatique d'une irritation viscérale ou de tout autre état pathologique, mais est une maladie essentielle, une phlegmasie de la peau. Il se fonde sur ce que des symptômes locaux à la peau, picotemens, chaleur, sueur accescente, existent dès le principe et précèdent l'éruption; sur ce que souvent la maladie se borne au prurit et à la sueur; sur ce que la sueur, qui précède l'éruption, se continue sans interruption jusqu'à la fin de la maladie. Les commissaires partagent l'opinion de M. Eudes sur la nature idiopathique de la miliaire; mais récusent les argumens sur lesquels il s'appuie. M. Eudes établit ensuite que la miliaire peut régner épidémiquement et endémiquement; et il cite en preuve du premier fait l'épidémie de Suette miliaire, dont M. Rayer a écrit l'histoire, et en preuve du second, l'existence de la miliaire depuis soixante ans dans l'arrondissement de Bayeux. Enfin, il constate la nature contagieuse de la miliaire, s'appuyant sur sa propre pratique et sur des expériences de M. Lepaulmier, de Bayeux, qui a envain essayé de propager la maladie par les sueurs et par l'inoculation du pus des boutons. Le rapporteur, M. Martin-Solon, émet ici une opinion contraire, et assure avoir vu trois cas de contagion de la miliaire. M. Rochoux invoque au contraire, contre l'idée de la contagion, l'autorité de M. Rayer.

Lithotriteur courbe. — M. Pravaz lit une notice sur un nouveau lithotriteur de son invention. Ce médecin a toujours pensé que, pour le cathétérisme, une sonde ayant une courbure calculée sur celle de l'urètre était préférable, quoiqu'on en ait dit en ces derniers temps,

à une sonde droite; si celle ci, en redressant la courbure de l'urètre, ne déchire pas ce canal, au moins exerce-t-elle sur lui une forte irritation qui, en se transmettant à la vessie et aux reins, peut être cause de graves accidens. Il est, d'ailleurs, des cas où le cathétérisme rectiligne est absolument impraticable. C'est d'après ces motifs que M. Pravaz a conclu le dessein de construire un lithotriteur courbe. Auparavant, il avait voulu perfectionner les procédés du galvanisme et des dissolvans chimiques, par lesquels on avait essayé de détruire les calculs vésicaux. Ainsi, pour isoler plus complètement les conducteurs de la pile dans le procédé de MM. Dumas et Prévost, il avait imaginé de faire passer les fils métalliques dans une série de petits grains de verre recouverts d'une couche de gomme lacque. Ainsi, il avait essayé de porter sur un calcul saisi par la pince d'un lithotriteur un agent chimique propre à le dissoudre, et cela à l'aide d'un tube de platine assez petit pour passer dans la pince même du lithotriteur. Mais peu satisfait de ces essais, il revint à l'idée de construire un lithotriteur courbe. Il fit d'abord la canule et la pince, et leur donna une courbure appropriée à celle de l'urètre. Il construisit ensuite le mandrin propre à supporter le perforateur, et le composa de petits cylindres en acier fondu convenablement trempé, taillés à tenons et mortaises, assemblés par de fortes goupilles, et disposés en spirale, de sorte qu'ils constituent, par leur ensemble, une tige flexible courbe, et qui peut tourner sur elle-même en conservant sa courbure. M. Pravaz assure que la courbure de cet instrument est si bien calculée sur celle de l'urètre, qu'il est d'un emploi plus facile que celui des sondes ordinaires, et surtout des sondes droites. Quant au moyen d'imprimer à cette tige centrale un mouvement rapide de rotation, pour que le perforateur qu'elle est destinée à supporter perce le calcul, on ne pouvait employer un archet, à cause de la facilité qu'a cette tige de se tordre un peu sur elle-même, et M. Pravaz a eu recours à une roue dentée avec manivelle qui est adaptée à son extrémité extérieure. Un disque mobile, sur lequel le doigt appuye, fait avancer la tige à mesure que le perforateur pénètre le calcul, mécanisme qui est préférable au ressort des lithotriteurs ordinaires, puisque ainsi on peut graduer la pression d'après la résistance. M. Pravaz ajoute que la vessie n'éprouve pas les tractions de droite et de gauche que lui impriment, dans des lithotriteurs ordinaires, les mouvemens alternatifs de l'archet, et qu'il y a moins de risques que le calcul soit chassé hors des branches de la pince. Enfin, M. Pravaz emploie des perforateurs disposés de manière qu'ils occasionnent au calcul une perte de substance double de leur volume. Il assigne à son instrument ces avantages immenses: que le calcul, une fois saisi par la pince, ne peut plus lui échapper; qu'après avoir été perforé

sur un point, il est très-aisé de changer sa position pour le perforer sur un autre, et qu'ainsi on peut pratiquer huit ou dix perforations dans une seule séance. MM. Dubois père, Baffos, Breschet, Roux et J. Cloquet, sont désignés pour faire un rapport sur cet instrument.

Ulcérations a la surface du cœur. — *Pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Gueneau de Mussy.* — Une femme, entrée depuis peu de jours à l'Hôtel-Dieu, se plaint de douleurs vagues à la poitrine; elle porte à l'extérieur de cette cavité, vers l'extrémité sternale de la clavicule, une tumeur fluctuante qui, percée, donne issue à un pus gluant: après deux jours elle meurt subitement. — *Nécropsie.* La tumeur est une collection de pus infiltré dans le tissu cellulaire, qui n'est pas encore détruit; au-dessous d'elle, l'articulation sterno-claviculaire est malade, offre une carie, une destruction des surfaces articulaires. Il n'y a aucune communication entre ce foyer purulent et l'intérieur du thorax; les poumons sont sains; mais un foyer purulent existe entre le péricarde et le cœur; il en sort un pus blanc, homogène, très-consistant, analogue à celui que contenait la tumeur extérieure; et à la surface du cœur sont de petites ulcérations. Un examen attentif du système veineux n'a pu prouver que le pus de l'abcès extérieur ait été transporté à la surface du cœur.

Séance du 2 février. — Lettre ministérielle qui annonce que M. Desgenettes a donné sa démission de membre de l'Académie: sur la proposition de M. Adelon, la Compagnie décide que le procès-verbal du jour exprimera les regrets de la perte d'un de ses plus dignes membres.

Lithotritie. — M. Baacal, chirurgien à Bordeaux, a demandé au Ministre de l'Intérieur l'autorisation d'aller pratiquer la lithotritie dans toutes les villes et hôpitaux du royaume; il serait mis dans chaque hôpital à sa disposition un certain nombre de lits où seraient reçus les calculeux qui viendraient se soumettre à ses soins. Le Ministre a demandé l'opinion de l'Académie. Sur le rapport d'une commission composée de MM. Dupuytren, Yvan, Roux, Amussat et Ségalas, l'Académie décide qu'il sera répondu au Ministre, que bien que justice doive être rendue aux talens de M. Baacal et à son zèle pour la propagation de la lithotritie, on ne peut accorder l'autorisation que sollicite ce chirurgien. Ce serait en effet constituer pour M. Baacal un privilége qui ferait planer injustement un soupçon d'incapacité sur les chirurgiens des divers hôpitaux du royaume, priver ces chirurgiens de droits qui leur sont justement acquis, affaiblir l'émulation des jeunes docteurs qui partout s'exercent à la pratique de la lithotritie.

Suette miliaire. — M. Brichetcau, au nom d'une commission, lit

un rapport sur un mémoire de M. Pyot, médecin à Clairvaux, département de l'Ain, intitulé : *De l'Éruption miliaire considérée comme un épiphénomène dans les maladies aiguës, ou de la suette miliaire.* La commission reproche à M. Pyot d'avoir confondu la miliaire, qui n'est que symptôme d'une maladie aiguë, avec la maladie essentielle, souvent épidémique, appelée *Suette miliaire*. En vain M. Pyot, pour admettre une suette miliaire symptômatique, oppose à l'autorité de Cullen, de Dehaen, de Hamilton, de Pinel, de Bosquillon, de Lepecq de la Cloture, ce que Gastellier a écrit en 1784, sur une épidémie de miliaire à Montargis, la commission pense que les principales observations qu'a transmises ce médecin n'étaient que des pneumonies, des péritonites, des gastrites et des gastro-entérites, dans lesquelles existait une éruption miliaire qui n'était évidemment qu'un symptôme. Le rapporteur donne des éloges à plusieurs parties du mémoire de M. Pyot, qui confirment des vérités pratiques établies.

Monstruosité, jumeaux adhérens. — *Observation adressée par M. Boisson, médecin à Lure.* — Une femme âgée de 41 ans, qui avait eu déjà trois enfans bien conformés, dont deux sont vivans, est accouchée à Fresse (Haute-Saône), le 23 novembre dernier, de deux enfans mâles, unis par la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen. Sa grossesse n'avait présenté aucun accident, et pendant son cours la femme n'avait éprouvé aucune perturbation ni physique ni morale; seulement, dit-elle, elle se sentait plus *embarrassée* que dans ses grossesses précédentes. L'accouchement a été prompt : deux pieds s'étant présentés, l'accoucheur en les saisissant reconnut la monstruosité, amena les deux autres pieds, et tira au dehors les deux enfans en même temps. Ils survécurent à leur naissance 35 minutes; on les inhuma, et ce n'est que neuf jours après qu'on les exhuma, et que M. Boisson en fit l'examen; la putréfaction ne les avait encore altérés en rien. Leur développement était à-peu-près le même; leur longueur était de 14 pouces; la membrane pupillaire avait disparu; les ongles se prolongeaient jusqu'au bout des doigts; le poids des deux n'était que de 5 livres, la circonférence des deux têtes de 15 pouces, celle des deux troncs au thorax de 11 pouces. Ils étaient unis l'un à l'autre, depuis le milieu du sternum jusqu'à l'ombilic, au moyen de la peau et d'une substance cartilagineuse. Les cavités pectorales et abdominales des deux fœtus communiquaient l'une avec l'autre; chaque fœtus n'avait qu'un seul poumon sans division lobulaire, qu'une seule plèvre; ces deux plèvres laissaient à la base de la poitrine un espace triangulaire dans lequel était un seul cœur commun aux deux êtres. Ce cœur était composé, 1.° d'un ventricule gauche de forme cubique; 2.° d'un ventricule droit de forme conique, et plus

petit de moitié que le précédent; 3.° d'une seule oreillette adossée à la partie postérieure du ventricule gauche. Cette oreillette recevait les quatre veines pulmonaires du fœtus gauche, et une grosse veine hépatique qui rapportait le sang des deux fœtus. Chaque ventricule donnait naissance à une aorte, qui d'abord envoyait une branche au poumon du fœtus correspondant, puis se distribuait régulièrement aux diverses parties de chacun des sujets. Ces deux ventricules communiquaient entre eux par une large ouverture; le ventricule gauche communiquait de même avec l'oreillette gauche, qui était la seule existante. La veine cave supérieure droite tenait lieu de l'oreillette droite, et recevait les veines pulmonaire du fœtus droit; elle s'anastomosait avec la veine cave du fœtus gauche au-dessus du diaphragme, puis au-dessous de ce muscle elle allait dans le foie aboutir à un réservoir commun situé dans le sillon longitudinal de cet organe, et recevant les veines caves supérieure et inférieure et la veine ombilicale. Dans le sillon transversal du foie étaient les veines portes de l'un et l'autre sujet et deux artères hépatiques. Un seul diaphragme se continuait d'un enfant à l'autre. Il n'y avait qu'un seul foie très-volumineux, une seule vésicule biliaire, un seul canal hépatique, un seul canal cholédoque ouvert dans le duodéuum du fœtus gauche : il n'y avait d'estomac, de rate, de pancréas qu'à ce fœtus. Du côté droit, l'œsophage allait aboutir au duodénum. Le reste de l'intestin grèle et gros, les appareils urinaire et génital, le système nerveux animal, étaient régulièrement développés. -- Commissaires pour faire un rapport sur cette observation : MM. Morcau et Ollivier d'Angers

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, RUPTURE DE LA VESSIE. — *Observ. de M. Tanchou, médecin à Paris.* — Un homme de 70 ans est pris tout-à-coup, et pour la première fois, d'une rétention d'urine; pendant 36 heures, malgré l'emploi d'une saignée et d'un bain, on ne peut parvenir à le sonder; ce n'est qu'après avoir placé une bougie conique qu'on parvient enfin à évacuer un peu d'urine trouble et chargée de caillots de sang. Le doigt introduit dans le rectum fait sentir une tumeur énorme qui est jugée siéger dans la prostate, et apporter l'obstacle au cathétérisme. Pendant les 36 heures qui suivent, le malade ne rendant encore qu'une très-petite quantité d'urine, on craint qu'il ne se soit fait une rupture de la vessie, et en effet une péritonite éclate, et au bout de quatre jours fait périr le malade. — *Nécropsie.* Péritonite très-ancienne, à juger par les fausses membranes épaisses d'un pouce qui existaient dans l'abdomen; çà et là étaient dans ces fausses membranes des dépôts purulens. Une cloison, formée par l'épiploon dégénéré, séparait la vessie du reste du ventre, qui était sain. La vessie petite, revenue sur elle-même, contenait

plusieurs caillots de sang; l'urètre, sain dans les deux tiers antérieurs, était rouge et légèrement enflammé dans son tiers postérieur, la prostate était très-volumineuse; ses lobes, durs, rénitens, gros chacun comme un œuf, étaient plutôt hypertrophiés que carcinomateux. A l'entrée du col de la vessie, en arrière, étaient deux petits polypes, dont l'un avait été déchiré par la sonde; en bas et à gauche était un trou, de 3 à 4 lignes de diamètre, à bords minces, qui communiquait avec deux ou trois clapiers gangréneux formés par l'urine épanchée dans l'épaisseur de la fausse membrane. — MM. Ribes, Amussat et Ségalas feront un rapport sur cette observation.

Séance du 9 février. — Lettre de M. Pariset, à la date du 17 décembre, qui annonce que le froid très-vif qui règne en Égypte, mettra fin à l'épidémie pestilentielle qui s'était développée en ce pays. — A partir du 18 février prochain, l'Académie se réunira tous les jeudis et samedis en comité secret pour la révision de son règlement.

Rétention d'urine. — M. Adelon lit une note de M. Tanchou, dans laquelle ce chirurgien avance que les rétentions d'urine, par suite du gonflement de la prostate, sont beaucoup plus rares qu'on le dit, et que ces rétentions sont le plus souvent dues à la paralysie de la vessie, c'est-à-dire, à l'affaiblissement de la contractilité des fibres du corps de cet organe, comparativement à la contractilité des fibres de son col. Selon M. Tanchou, les sondes droites sont utiles en cette maladie, parce qu'elles triomphent de la contraction des fibres du col de la vessie, et parce qu'elles réveillent les contractions des fibres du corps. Elles servent aussi, en comprimant et repoussant en arrière la prostate, dont le volume contribue quelquefois à la rétention; et c'est dans cette dernière vue que MM. Rigal et Leroy ont proposé un moyen de redresser dans le canal de l'urètre les sondes ordinaires. M. Tanchou joint à sa note un instrument qu'il a fabriqué dans le même but avec feu Mérieu, et qu'il dit être préférable à tout autre, en ce qu'au lieu d'agir brusquement en froissant et contondant les parties, il a une action douce, continue et lentement graduée.

Epidémie au bagne de Toulon. — M. Rochoux entretient l'Académie du typhus qui vient d'éclater au bagne de Toulon. C'est sur un bagne flottant, évidemment trop petit pour le nombre des forçats qui y avaient été entassés, qu'a éclaté le mal, et ce n'est pas la première fois qu'une semblable épidémie s'y développe. M. Dubreuil, de Toulon, qui lui a écrit sur la maladie, n'hésite pas à l'attribuer à l'entassement des forçats dans un local trop petit. En 1822, M. Rochoux a visité ce bagne flottant, et bien que les forçats en aient été retirés depuis plusieurs heures, et que tous les sabords fussent ouverts, il a été frappé de l'odeur infecte qui y était sentie. Le gouvernement a donc bien fait, selon lui, d'en ordonner la submersion; mais si l'on veut le réemployer par la suite, il faudra avoir soin,

ajoute-t-il, d'y placer un nombre moindre d'hommes. M. Rochoux applaudit à la mesure qu'a prise le gouvernement, de transporter tous les malades dans une île; mais il blâme le cordon sanitaire qu'on a établi. En 1824, dit-il, le typhus a fait périr beaucoup de soldats à Paris, et bien qu'on n'ait pas établi de cordon sanitaire, la maladie ne s'est pas propagée dans la ville. Les guerres de la révolution et de l'Empire pourraient lui fournir beaucoup d'exemples analogues, et aujourd'hui la généralité des médecins désapprouve cette mesure sanitaire. Des prisonniers espagnols, dit-il encore, ont semé le typhus sur toute leur route, depuis Bayonne jusqu'à Auxerre, et on n'a pas eu besoin de cordon sanitaire pour empêcher la propagation du mal. Il termine en proposant qu'il soit écrit aux correspondans de l'Académie à Toulon, pour avoir des détails, et pour les inviter à vérifier si les glandes de Brunner et de Peyer sont affectées. M. Dubreuil, de Toulon, lui mande avoir observé fréquemment une rougeur considérable de la tunique interne de l'aorte.

Lithotritie. — M. Ségalas présente un malade qu'il a guéri d'un calcul vésical en une seule séance, par la lithotritie.

Médicamens saccharoliques; médicamens nouveaux proposés par M. Beral, pharmacien; rapports de MM. Boulay et Guibourt. — M. Beral fait des teintures médicamenteuses avec l'alcohol et l'éther; il verse ensuite des proportions fixes de ces teintures sur du sucre en morceaux, et porte celui-ci dans une étuve; l'alcohol et l'éther s'évaporent; et les principes médicamenteux qu'ils avaient dissous restent dans le sucre; on a ainsi, dit-il, un *saccharure médicinal*, qu'il suffit ensuite de granuler ou de réduire en poudre, et qu'on conserve pour l'usage. La commission reconnaît à ces préparations les avantages suivans : de contenir les principes médicamenteux séparés des excipiens très-excitans qui les avaient dissous; d'être solubles dans l'eau, ce qui permet d'en varier à l'infini les doses, et d'apprécier celles-ci avec rigueur; de pouvoir remplacer beaucoup de sirops médicamenteux qui souvent s'altèrent avec le temps, et qui ne contiennent le principe médicinal qu'uni à un excipient qui est quelquefois nuisible; de remplacer aussi pour aromatiser beaucoup de médicamens les elaessaccharum, c'est-à-dire, les combinaisons d'huiles volatiles et de sucre qu'on emploie aujourd'hui à cet effet; enfin de faciliter la confection des tablettes, et de rendre, sous ce rapport, les pharmaciens français les égaux des pharmaciens anglais.

Pessaires. — M. Moreau fait un rapport sur de nouveaux pessaires présentés par la dame Rondet, sage-femme à Paris. Les pessaires en gomme élastique de M. Bernard sont, sans aucun doute, supérieurs à tous les autres; cependant ils s'altèrent encore assez promptement. Leur vernis s'écaille, se gerce; ils s'imbibent alors des mucosités des

organes, contractent de l'odeur, et ont besoin d'être fréquemment changés. M. Moreau leur préfère les nouveaux pessaires de madame Rondet, comme réunissant à un plus haut degré les quatre qualités, de la légèreté, de la solidité, de l'élasticité et de l'imperméabilité. Ils sont faits avec un ressort très-mince d'acier parfaitement trempé, entouré d'une certaine quantité de crin, et recouvert d'une enveloppe plus ou moins épaisse de caoutchouc sur laquelle on applique une couche de vernis. Quelques-uns sont sans ressort intérieur ni crins, et exclusivement composés de caoutchouc dans l'intérieur duquel est de l'air. — M. Dubois père assure qu'il n'entrait pas de caoutchouc dans les instrumens de M. Bernard; il ajoute que c'est en vain qu'on espère soutenir la matrice par un pessaire; toujours, l'instrument se place perpendiculairement dans le vagin, et ne peut plus remplir l'office qu'on en attend. D'autres membres pensent que les pessaires de madame Rondet seraient encore plus parfaits, si au lieu de mouler le caoutchouc sur la matière qui fait la base de l'instrument, on l'appliquait couche par couche après l'avoir dissous en un fluide; le pessaire serait par là plus imperméable encore aux mucosités des organes. M. Lodibert assure que l'huile de camphre, c'est-à-dire, une solution de camphre dans l'acide nitrique, gonfle et ramollit le caoutchouc, et permet de dissoudre cette substance en grande proportion dans une huile volatile; il ne resterait plus alors qu'à plonger dans cette solution les instrumens qu'on voudrait revêtir de caoutchouc.

ÉTAT DU SYSTÈME SANGUIN DANS LES FIÈVRES TYPHOÏDES. — M. Andral fils lit un mémoire intitulé : *Recherches sur l'état du système sanguin dans les fièvres typhoïdes.* Ce mémoire commence par l'exposition des faits : M. Andral rapporte que sur 86 ouvertures de cadavres de personnes mortes de fièvres typhoïdes, il n'a trouvé que 13 fois des altérations dans le cœur (pâleur et flaccidité de cet organe, perte de consistance de son tissu, teinte rouge de ses fibres et de sa surface interne, etc.), et 11 fois de la rougeur dans l'aorte et dans les veines. Il dit être sous ce rapport en opposition avec MM. Bouillaud et Louis; le premier ayant trouvé, sur 49 cadavres, le cœur altéré 37 fois, et les gros vaisseaux rouges 19 fois; et le second ayant trouvé sur 54 cas le cœur altéré 27 fois, et 20 fois de la rougeur dans les gros vaisseaux. M. Andral ajoute que, dans les 86 cas de fièvres typhoïdes qui font la base de son travail, les symptômes lui ont paru être les mêmes, qu'il y ait eu ou non altération du cœur et des gros vaisseaux : et comme il en a été de même dans les observations de M. Louis, il conteste cette assertion de M. Bouillaud, que la rougeur de la face interne du cœur et des gros vaisseaux soit signe d'une angéio-cardite, la cause des symptômes de la fièvre inflamma-

toire, et le caractère anatomique de cette fièvre. Il oppose à cette assertion qu'il a trouvé cette rougeur du cœur et des gros vaisseaux, non-seulement en des fièvres autres que l'inflammatoire, des fièvres adynamiques, par exemple, mais encore en beaucoup de maladies non fébriles, 23 fois sur 75. Il objecte enfin à M. Bouillaud, que cette rougeur est uniforme, et paraît être à la vue plutôt une coloration passive qu'une coloration hypérémique avec différens degrés d'injection. Après ce détail des faits, M. Andral recherche si ces altérations du cœur et des vaisseaux existaient pendant la vie et constituaient la maladie, ou si elles ne sont que des altérations cadavériques; et voici à cet égard son opinion sur chacune d'elles. 1.° Un épaississement et une altération de la membrane interne des veines suppose un travail d'irritation dans ces vaisseaux, et celui-ci a pu être pour quelque chose dans la production des symptômes; des observations de MM. Ribes, Breschet, Dance, Legallois, ont mis ce point hors de doute. Mais sur cent personnes mortes de fièvres graves, à peine une présente-t-elle ces altérations. 2.° La présence de pus dans les veines ne prouve pas invinciblement une maladie propre de ces vaisseaux; le pus peut y avoir été apporté par l'absorption, comme M. Legallois en a cité dernièrement des cas : seulement alors ce pus agit en déterminant comme une espèce d'empoisonnement et en provoquant l'explosion d'une fièvre putride. 3.° La diminution de consistance du tissu du cœur n'est pas due à un état inflammatoire du cœur, et n'a pas part à la production des symptômes; on l'a observée en beaucoup d'affections autres que les fièvres. Probablement elle est un effet de la mort, car toujours elle existe dans les cadavres qui présentent un commencement de putréfaction; si elle existe déjà pendant la vie, loin d'être cause de la maladie, elle est un effet de cette disposition inconnue qui amène l'adynamie. Souvent on trouve ainsi plusieurs organes ramollis, et cela dans toutes espèces de maladies. 4.° M. Andral professe que la décoloration de la surface interne du cœur n'est pas non plus exclusive aux fièvres graves, et n'a pas davantage influence sur la production des symptômes. 5.° Enfin, il émet la même opinion relativement à la rougeur de la surface interne du cœur, des artères et des veines; cette altération n'est, selon lui, qu'un phénomène cadavérique, qui survient d'autant plus tôt que la tendance du cadavre à la putréfaction est plus grande; et en effet il a vu que cette rougeur se rencontre d'autant plus souvent, en toutes maladies quelconques, que la température extérieure est plus élevée, et qu'on fait plus tardivement l'ouverture du cadavre. M. Andral termine par ce qui est du sang lui-même dans les fièvres typhoïdes. On dit généralement que dans ces maladies le sang est liquide et décoloré; mais le plus souvent il a paru à M. Andral être dans l'état

normal. Il a semblé de même à MM. Petit et Serres. (*Recherches sur la fièvre entéro-mésentérique*), et à M. Trousseau (*Recherches sur la dothinentérie*). M. Bouillaud n'a sur 15 cas trouvé que 3 fois le sang altéré, et M. Louis n'a observé ce fait que 3 fois sur 54. Ainsi, le rôle qu'on fait jouer au sang dans la production des fièvres graves, repose, dit M. Andral, plus sur l'examen des causes et des symptômes de ces maladies, que sur le fait direct, c'est-à-dire l'anatomie pathologique. Quant au sang tiré des veines pendant le cours des fièvres typhoïdes, il se coagule plus difficilement, forme un caillotplus mou, et ne présente que rarement une couenne; sur 117 cas, M. Andral n'a observé cette couenne que 12 fois; M. Louis l'a vue 13 fois sur 44. M. Andral conclut que, si le sang est altéré dans les fièvres typhoïdes, son altération ne tombe pas sous les sens. La médecine de nos jours, dit-il, a bien fait de répudier le solidisme exclusif du dernier siècle; mais qu'elle ne compromette pas de nouveau la cause de l'humorisme, en demandant aux faits qui sont de son domaine plus qu'ils ne peuvent donner.

Séance du 16 février. — TYPHUS DU BAGNE DE TOULON. — M. Keraudren, inspecteur-général du service de santé de la marine, donne des renseignemens sur l'épidémie qui règne en ce moment au bagne de Toulon. La maladie a commencé en décembre, et à juger par les nécropsies, elle a eu d'abord son siége dans le cerveau. Les cadavres présentaient un engorgement du système veineux cérébral, et de la sérosité dans le tissu cellulaire sous arachnoïden, dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien. Les poumons n'étaient affectés que secondairement. Le cœur n'offrait rien de particulier. Il y avait rarement phlegmasie de la membrane muqueuse de l'estomac, et jamais on n'a rencontré l'exanthème intestinal qui appartient à la dothinentérie. Le foie était gros et plein de sang, les intestins de couleur ardoisée ou rougeâtre, et contenaient un fluide sanguinolent; le tissu musculaire était rouge et dense. Plus tard, la maladie a paru changer de nature, et s'est montrée sous les formes d'une bronchite, suivie de gastrite et de gastro-entérite; ce n'est pas qu'aux nécropsies, on n'ait trouvé encore des lésions cérébrales, mais on a observé plus fréquemment des phlegmasies de l'estomac et de l'intestin grêle. La diète sévère, des boissons acidulées et gommeuses, des sangsues autour de la tête, au col et à l'épigastre, des sinapismes aux pieds, des lavemens émolliens et stimulans, des fomentations de même nature sur l'abdomen, ont été les moyens les plus efficaces. Les saignées générales ont déterminé un collapsus qui aggravait la maladie. On a reconnu aussi qu'il fallait être discret dans l'emploi des excitans et des vésicatoires. Quant à la cause du mal, on l'a placée tour-à-tour; 1.° dans des exhalaisons dégagées du sol que l'on

creuse pour faire des bassins; 2.° dans l'encombrement des forçats sur les bagnes flottans. M. Keraudren pense qu'il faut accuser plutôt le froid, les affections morales tristes des condamnés nouvellement arrivés, car ce sont ceux-là surtout qui ont été malades, et les fatigues qu'ils ont éprouvées pour arriver à Toulon. Du reste, au commencement de février, tous les condamnés du bagne flottant n.° 2, qui avait presque exclusivement fourni les malades, ont été transportés à Saint-Mandrier, vaste établissement situé de l'autre côté de la rade de Toulon, et à une grande distance de la ville. La maladie n'a pas paru à Toulon, ni même parmi les ouvriers du port; elle a déjà considérablement diminué, et la mortalité est presque rentrée dans ses limites ordinaires. Le nombre des malades de l'hôpital qui, le 1.er février, était de 511, dont 80 convalescens, n'était plus le 13 que de 418, dont 86 convalescens; et il n'y avait plus qu'un mort par jour au lieu de 8 ou 10. — M. Rochoux reproduit son opinion, que l'encombrement doit être considéré comme la principale cause du mal; on met jusqu'à 1000 condamnés sur les bagnes flottans, et, selon lui, c'est beaucoup trop. — M. Kéraudren réplique que les bagnes flottans sont des bâtimens rasés de la plus grande dimension; sur ces bâtimens armés en guerre on met jusqu'à 1500 hommes; et comme ils sont sans artillerie quand ils servent de bagne, on peut dire que leur capacité intérieure est plus que doublée : il croit que le mélange des hommes a la plus grande part au développement du mal. — M. Castel accuse aussi le défaut d'exercice et de mouvement qu'éprouvent les condamnés.

Dissolution chimique par le suc gastrique des parois de l'estomac après la mort. — M. Carswell, médecin étranger, lit la première partie d'un mémoire intitulé: *Recherches sur la dissolution chimique ou digestion des parois de l'estomac après la mort; suivies de réflexions sur le ramollissement, l'érosion et la perforation de cet organe chez l'homme et les animaux.* Selon M. Carswell, le suc gastrique dans son état normal le plus absolu, peut désorganiser l'estomac en agissant chimiquement sur ce viscère comme il fait sur les alimens; et les auteurs actuels d'anatomie pathologique ont eu tort de ne tenir aucun compte de cette cause dans les altérations de l'estomac, qu'ils rapportent trop exclusivement à une phlegmasie de ce viscère. Dans la partie du mémoire dont M. Carwell donne lecture, ce médecin rappelle les travaux successifs des auteurs sur les ramollissemens, érosions et perforations de l'estomac. 1.° Hunter, dans un mémoire qu'il lut à la Société royale de Londres, en 1772, admit le premier la dissolution chimique de l'estomac par l'action chimique du suc gastrique : dans presque tous les cadavres, dit-il, on trouve le grand cul-de-sac de l'estomac plus ou moins digéré; et

souvent même l'action du suc gastrique s'est étendue au-delà de ce viscère, et a atteint les parties circonvoisines qui sont en contact avec lui, le foie, la rate, le diaphragme, etc. Hunter a appuyé son opinion sur plusieurs cas de morts violentes et subites après lesquelles il avait trouvé l'estomac perforé et ayant subi les mêmes altérations que les alimens qu'il contenait, et sur de semblables observations qu'il avait faites sur des poissons. 2.° Adams modifia déjà l'opinion de Hunter, en disant que pour que le suc gastrique perfore ainsi l'estomac après la mort, il faut que celle-ci soit subite et réelle en toutes les parties; 3.° Allan Burns revient à l'opinion entière de Hunter, mais cite trois cas où l'estomac était perforé à la face antérieure, un où il l'était au pilore, et trois où les individus étaient maigres, affaiblis, et morts à la suite d'une longue maladie. 4.° Jœger, dans deux mémoires publiés dans le journal d'Hufeland pour les années 1811 et 1813, a cité une observation et deux expériences qui prouvent la possibilité de la perforation de l'estomac par l'action chimique des liquides que contient ce viscère: mais il a ajouté, qu'il fallait une maladie antécédente de l'estomac pour faire produire à ce viscère un suc gastrique plus riche en acide acétique; 5.° Chaussier, dans les thèses de Morin et de Laisné, écrites sous ses inspirations, rejette toute influence chimique du suc gastrique et accuse une action morbide d'érosion, d'ulcération développée à la surface interne de l'estomac; 6.° M. Cruvelhier, dans ce qu'il a écrit sur la gastrite et entérite des enfans, avec désorganisation gélatiniforme de la membrane muqueuse gastro-intestinale; M. Louis, dans son travail sur le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, avec amincissement et destruction de cette membrane; M. Broussais enfin, n'accordent également aucune part à l'action chimique du suc gastrique sur la production de ces diverses altérations, et en appellent aussi à une action morbide phlegmasique ou autre de l'estomac; 7.° M. Andral fils est moins exclusif que les auteurs précédens; il ne nie pas tout-à-fait la possibilité des perforations de l'estomac, par une action chimique du suc gastrique; mais il en appelle sur cela à de nouveaux faits, et croit que pour que ces perforations se fassent ainsi après la mort, il faut que l'estomac ait éprouvé un état morbide particulier qui l'y ait prédisposé. 8.° M. Bernard, dans une thèse *sur les perforations spontanées de l'estomac, observées sur des sujets morts à la suite de violentes douleurs et de grandes opérations*, range les vives affections de l'ame parmi les causes occasionnelles de ces perforations. 9.° Enfin, dans un mémoire de M. Gardner, d'Edimbourg, sur ce sujet, sont mentionnés plusieurs cas d'érosions et de perforations de l'estomac des enfans. M. Carswell conclut de cet historique, que l'opinion générale est de contester la possibilité des perforations

de l'estomac après la mort par l'action chimique du suc gastrique, tandis que, selon lui, les faits rassemblés sur ce sujet fournissent déjà cinq argumens pour prouver cette possibilité. 1.° C'est généralement dans le grand cul-de-sac de l'estomac que s'observent les érosions et perforations spontanées de ce viscère : or, le grand cul-de-sac de l'estomac est la partie où mécaniquement s'accumulent les liquides propres de cet organe. 2.° L'érosion, ou la perforation, quand on l'examine, paraît s'être étendue d'un centre sur lequel reposait le liquide dissolvant aux parties vers lesquelles a dû couler mécaniquement le menstrue; et si elle a envahi des parties circonvoisines de l'estomac, ce sont celles qui touchent le grand cul-de-sac de ce viscère. 3.° Dans l'extension de ces érosions et perforations, on ne voit aucun indice de travail inflammatoire ou morbide quelconque, ni rougeurs, ni adhérence, ni formation de pus, de matière plastique, de fausses membranes, etc.; et c'est ce qui différencie les perforations par cause chimique faites ainsi après la mort, de celles qui ont eu lieu pendant la vie et par un travail morbide, lesquelles d'ailleurs diffèrent encore par leur siège qui est en général, à la région pylorique. 4.° Le plus souvent dans les perforations cadavériques et par cause chimique de l'estomac, on ne voit aucun épanchement dans l'abdomen; et il est difficile de concevoir pourquoi cet épanchement ne se fait pas, si la perforation a eu lieu pendant la vie, et surtout si le malade a éprouvé de violens vomissemens. 5.° Enfin, c'est surtout dans les morts subites et frappant un individu auparavant bien portant, qu'on a observé ces perforations. — Dans la seconde partie de son mémoire, M. Carswell citera des expériences qu'il a faites, et dans lesquelles il est parvenu à produire à sa volonté des érosions et des perforations de l'estomac.

Nouveaux élastiques de caoutchouc. — M. Thibout de la Fresnaye lit une note sur un nouvel élastique de son invention : ceux en fil métallique ont les inconvéniens de ne pas se mouler exactement aux parties, de les comprimer trop ou de perdre leur élasticité par trop de distension, de s'oxyder et de se briser alors avec facilité. M. Thibout de la Fresnaye propose de leur en substituer d'autres faits avec du caoutchouc entouré d'un fil de soie ou de coton, et disposé en fort ruban. Une commission est nommée pour faire l'examen de ces nouveaux élastiques.

Croup chez un adulte. — M. Andral fils présente, de la part de M. Pallas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Patras, une fausse membrane qui tapissait le larynx, la trachée-artère et les bronches jusques dans leurs dernières ramifications, chez un soldat français mort en Morée avec tous les symptômes du croup.

Séance du 23 février. — Migraine. — M. Ricord, médecin aux

Cayes, îles d'Haiti, annonce un remède contre la migraine : ce remède consiste en un quart de grain d'acétate de morphine, qu'on prend dans deux cuillerées d'eau froide sucrée au moment de l'attaque; au bout d'une heure, le mal est dissipé; quelquefois, il faut répéter deux ou trois fois la dose. Quand la quantité donnée est trop forte, les malades éprouvent un sentiment de formication sur tout le corps, que l'on fait disparaître par des boissons acides.

Dissolution chimique des parois de l'estomac après la mort par le suc gastrique. — M. Carswell achève la lecture du mémoire qu'il avait commencée dans la séance précédente. Il rapporte plusieurs expériences faites sur des lapins, dans lesquelles il est parvenu à obtenir des destructions de l'estomac à différens degrés. Les animaux étaient assommés par un coup sur la tête, après qu'ils avaient mangé, et au moment où l'on devait supposer leur digestion en pleine activité; ils étaient ensuite supendus par les pattes de derrière, et ouverts de cinq à neuf heures après la mort. Constamment M. Carswell a trouvé le grand cul-de-sac de l'estomac, c'est-à-dire la partie de l'organe qui était la plus déclive, et où s'accumulaient conséquemment les sucs digestifs, altéré; selon le temps qui s'était écoulé, les tuniques de l'organe étaient là, ou simplement ramollies, ou complètement perforées : en ce dernier cas, souvent la destruction s'étendait aux parties circonvoisines en contact avec l'estomac, soit le foie, soit le diaphragme. Les alimens que contenait l'estomac se montraient aussi bien plus altérés dans cette partie déclive du viscère, que dans aucune de ses autres régions. Non seulement étaient altérés ceux des organes voisins de l'estomac qui correspondaient au lieu où cet organe était perforé, mais le même ramollissement était observé dans d'autres organes qui touchaient simplement l'estomac, et qui avaient reçu, par l'imbibition, le même fluide contenu dans ce viscère. Dans tous les endroits détruits, le sang contenu dans les vaisseaux paraissait noir. M. Carswell voit dans ces expériences une preuve évidente, que les ramollissemens, érosions et perforations de l'estomac, rapportés par les auteurs à des actions morbides, ne sont que des dissolutions chimiques de l'organe par le suc gastrique. Examinant le liquide que contenait l'estomac des animaux soumis à ces expériences, il a vu que la quantité de ce liquide était généralement en proportion de l'étendue des altérations éprouvées par l'organe; son acidité était prononcée, à juger par l'odeur aigre qu'il exhalait et par la promptitude avec laquelle il rougissait le papier bleu de tournesol. C'est à cette acidité que M. Carswell attribue sa propriété dissolvante; et, en effet, en plaçant dans des intestins, des vessies, des estomacs d'animaux morts, des alimens liquides retirés de l'estomac d'animaux vivans, ce médecin a vu ces alimens détruire aussi

les organes dans lesquels on les avait renfermés. Il n'a pas vu que le genre de mort des animaux fit varier la production de ces phénomènes; mais la position donnée au cadavre y avait une grande part; quand les animaux ont été suspendus par les pattes de derrière, les lésions ont été plus profondes que quand on les a suspendus par la tête, ou qu'on les a mis sur le ventre, le dos ou l'un des côtés. M. Carswell pense que cela tient à ce que, dans le premier cas, le sang s'accumule en plus grande quantité dans le système veineux abdominal, et que par suite la sécrétion du suc gastrique se continue après la mort. Il termine son mémoire par les conclusions suivantes : 1.° que le ramollissement, l'érosion et la perforation de l'estomac peuvent se faire, et se font souvent après la mort chez des animaux sains tués pendant le travail de la digestion ; 2.° que ces altérations reconnaissent pour cause le suc gastrique, et ce suc dans l'état normal ; 3.° qu'il n'est pas nécessaire que ce suc soit dans un état de suracidité, comme l'a prétendu Jœger, ni que les parois de l'estomac aient été mises préalablement par une action morbide dans un état de ramollissement, comme l'a dit le docteur Gardner ; 4.° que l'acidité est le caractère essentiel de ce suc gastrique et la cause de sa qualité digestive pendant la vie, et de son action dissolvante après la mort ; 5.° que cette dernière, toute puissante sur l'estomac après la mort, est nulle sur ce viscère pendant la vie. 6.° Enfin, que bien que certaines érosions et perforations de l'estomac puissent être le produit d'un travail morbide, les opinions de Chaussier, de Broussais qui les ont rapportées toutes à cette cause, sont erronées.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE. — M. Amussat présente une pièce d'anatomie pathologique, consistant en une altération du canal de l'urètre. Le malade, depuis quatre ans, éprouvait de la difficulté à uriner; il avait été soulagé, mais non guéri, par l'emploi de bougies qui avaient graduellement dilaté l'urètre. Mort il y a quelques jours dans un état d'anasarque et d'hydrothorax, les organes génito-urinaires ont, à la nécropsie, presenté les altérations suivantes : vessie très-dilatée et hypertrophiée ; trois rétrécissemens dans le canal de l'urètre, un en arrière de la fosse naviculaire, et deux autres au niveau et au-dessus du bulbe de l'urètre. Ces rétrécissemens avaient été reconnus du vivant du malade, au moyen de l'instrument appelé *explorateur de l'urètre*. Au-dessus d'eux, le canal est dilaté et présente beaucoup de petites lacunes muqueuses aggrandies qui simulent des ulcérations ou des crevasses. M. Amussat fait remarquer que si l'on ouvre l'urètre dans sa longueur à partir de son extrémité supérieure, on court le risque de méconnaître après la mort l'existence des rétrécissemens de ce canal. Pour éviter cette erreur, il faut, dit-il, introduire d'abord une sonde de fort calibre pour voir si le rétrécis-

sement tient à un gonflement de la muqueuse; si cette sonde est arrêtée à un certain point du canal par des brides, on explore celles-ci avec l'instrument appelé l'*explorateur de l'urètre;* alors on fend le canal en avant et en arrière du rétrécissement, et laissant intact celui-ci, on peut dès-lors en juger le siége, l'étendue et la nature. Sous ce dernier rapport, tous les rétréeissemens de l'urètre, dit M. Amussat, sont de quatre sortes: 1.° un simple gonflement de la membrane muqueuse, conséeutivement à une inflammation de cette membrane; 2.° des brides, résultats d'une cicatrice ou d'une induration qui tiraille la muqueuse, genre de rétrécissement qu'on ne peut reconnaître pendant la vie qu'à l'aide de l'explorateur; 3.° une valvule ou diaphragme, oblitérant presque le canal; 4.° enfin, un état d'induration complète envahissant tout le tissu fibreux du canal. M. Amussat appuye toutes ces remarques de dessins, dans lesquels il a représenté ces divers états de rétrécisse ens.

Académie royale des Sciences.

Séance du 4 janvier 1830. — Monstruosité. — M. le docteur Jules Guérin, rédacteur de la *Gazette médicale*, présente le premier numéro de ce journal, dans lequel se trouvent des détails sur une poule à profil humain, qui, en 1829, vivait encore en Russie. M. Cuvier fait observer que la représentation d'un animal tout-à-fait semblable existe au Jardin du Roi. M. Geoffroi-Saint-Hilaire remarque que cette monstruosité est assez commune, et qu'elle tient toujours à une même cause, l'absence des os nasaux.

Charbon des graminées. — M. A. Brongniart lit un mémoire intitulé : *Observations sur le développement du charbon dans les graminées, et sur les modifications qu'il détermine dans les parties des plantes qu'il attaque.* Plusieurs botanistes ont regardé le charbon comme une simple modification morbide des tissus de la plante, d'autres comme le résultat du développement d'un cryptogame parasite. M. Brongniart ayant observé cette affection dès son origine, dit avoir reconnu que c'est dans le pédoncule ou l'axe de l'épillet, et non dans le grain, que se forme la masse charnue, puis pulvérulente, qui constitue le charbon. Les observations microscopiques de l'auteur lui ont montré qu'il n'y a aucune analogie entre la structure interne de la masse charbonneuse, à quelque époque qu'on la considère, et la structure du pédoncule sain. M. Brongniart regarde cette différence comme suffisant pour prouver que le charbon n'est point le résultat d'une dégénérescence morbide des tissus, et qu'au

contraire, tout dans cette production est analogue à ce que l'on observe dans des cryptogames plus caractérisés.

Séance du 18 janvier. — Causes du mouvement des liquides. — M. Dutrochet rappelle qu'une de ses lettres, contenant l'exposé succinct de deux découvertes importantes, a été passée sous silence dans une des séances du mois de novembre dernier. Ces découvertes sont, 1.° que la lumière est une cause occasionnelle du mouvement pour les liquides; 2.° que l'eau, à l'état de liquidité, possède deux états moléculaires très-différens, et qui paraissent très-analogues, l'un à l'agrégation régulière, l'autre à l'agrégation confuse des molécules des solides. M. Moreau de Jonnès donne ensuite lecture du mémoire de M. Dutrochet sur les différentes expériences qui l'ont conduit aux résultats annoncés plus haut. Il y a environ cinquante ans que Costi découvrit la circulation qui a lieu dans la tige de plusieurs *chara*. Plus récemment, M. Amici a rappelé l'attention sur ce fait intéressant, et M. Lebaillif a fait connaître un phénomène physique qui semble en fournir l'explication. Ce physicien ayant placé, dans un tube de verre vertical, de l'eau dans laquelle étaient en suspension des particules pulvérulentes, observa par ce moyen un mouvement de circulation dans le liquide. M. Dutrochet a répété cette expérience en se servant d'abord de poudre de bois très-fine; mais les petits corpuscules ligneux, après s'être mus pendant plusieurs heures, se précipitaient, et dès-lors le mouvement de l'eau cessait d'être apercevable. Après avoir substitué diverses autres substances qui offrirent le même inconvénient, M. Dutrochet imagina de mêler à l'eau quelques gouttes de lait. Le mélange est presque aussi transparent que de l'eau pure, et les globules laiteux ne tendent point à se précipiter pendant deux à trois jours. Au bout de ce temps, ils se réunissent en caillots, et descendent au fond du tube. On empêche cette coagulation en ajoutant avec précaution au liquide une petite quantité d'acide nitrique, sulfurique ou hydrochlorique. Si l'on en met à-la-fois une quantité un peu considérable, la coagulation s'opère à l'instant; au contraire, si l'on procède graduellement, on peut ajouter la même quantité d'acide, et plus encore, sans qu'il y ait formation de caillots. Au moyen du liquide ainsi préparé, on peut faire des observations très suivies. Le premier fait général que ces observations aient fait découvrir à l'auteur du mémoire, est que le sens de la circulation est toujours déterminé par la direction du courant de chaleur; le mouvement ascensionnel a toujours lieu du côté le plus échauffé; c'est en petit le même phénomène que présente un vase rempli d'eau qui bout devant le feu. M. Dutrochet a vu ce mouvement s'opérer dans un appartement où la température était si près d'être uniforme, que deux thermomètres, placés aux extrémités, ne différaient que

d'un degré. La différence entre les deux températures des faces opposées du tube étant beaucoup moindre encore, il a été naturel de penser que cette différence n'est pas la cause unique du phénomène. L'auteur, en effet, a reconnu que la lumière y contribue aussi, et qu'on peut suspendre la circulation dans le tube, en le recouvrant, pendant une vingtaine de minutes, d'un récipient opaque. La circulation cesse, comme on avait lieu de le prévoir, pendant toute la nuit; le matin, on la voit recommencer, et devenir plus active à mesure que la lumière diffuse augmente de vivacité; si l'on fait arriver directement sur le tube un rayon solaire, l'accélération est encore plus marquée, mais il est difficile de distinguer l'effet produit par la lumière de celui qui dépend de la chaleur. L'obscurité n'occasionne la suspension du mouvement circulaire qu'autant que le courant de la lumière n'a pas une grande intensité. Ainsi, on le voit continuer lorsque le tube est placé sous un récipient opaque, si ce récipient est chauffé d'un côté par un rayon de soleil; ceci prouve que la lumière n'intervient dans ce phénomène que comme cause d'opportunité pour l'existence du mouvement dont le courant de la chaleur est la seule cause efficiente. Lorsque cette dernière est d'une faiblesse extrême, elle a besoin de l'aide de la lumière pour agir; lorsqu'elle est forte, elle agit seule. Le mouvement circulatoire dépend, pour la vitesse, du degré de force du courant de la chaleur et de l'intensité de la lumière; il dépend aussi, sous ce rapport, du degré d'élévation de température générale. L'eau laiteuse simple cesse de circuler à 10 degrés R., l'eau acidulée à 50 degrés R. En général, l'eau chargée d'une substance minérale en solution circule plus facilement que l'eau pure. L'effet inverse a lieu si on mêle à ce liquide des substances visqueuses. La pression est encore une autre cause de non opportunité pour le mouvement circulatoire. Un tube, long de trois pieds, rempli d'eau laiteuse, et exposé à la lumière diffuse par une température de 15 à 20 degrés R., ne présente la circulation que jusqu'à deux pieds de profondeur. Une cause très-puissante de non opportunité pour le mouvement circulatoire de l'eau, est la solution tranquille d'une substance quelconque dans ce liquide. Un tube étant rempli d'eau laiteuse, si on ajoute à cette eau une ou deux gouttes d'acide, de solution alcaline ou de solution saline, cette nouvelle substance, plus pesante que le liquide, se précipite au travers de la masse dans laquelle elle se dissout. Cette solution étant achevée, l'eau n'est plus susceptible de présenter le mouvement circulatoire à la lumière diffuse; à la lumière solaire, elle le présente seulement à sa partie supérieure, et à peine jusqu'à un pouce de profondeur. M. Dutrochet considère cette fixité comme le résultat d'une position régulière des molécules du liquide. Si alors on l'agite,

il recouvre instantanément la faculté de se mouvoir, et la circulation se rétablit sous l'influence de la simple lumière diffuse. L'agitation change, à ce qu'il paraît, l'ordre régulier des molécules, et leur agrégation devient confuse : dans ce dernier état, elles jouissent d'une mobilité dont elles se trouvaient privées par la disposition moléculaire précédente. Après avoir rempli des tubes d'eau laiteuse acidulée, si on les ferme à la lampe, on forme de petits appareils dans lesquels il s'opère une circulation perpétuelle avec des intermittences nocturnes et une intermittence hyémale; ainsi, on a en quelque sorte, dans ces deux ordres d'interruptions, l'image du sommeil journalier des plantes et de leur état d'*hibernation*.

Séance du 25 janvier. — Mouvement circulatoire des liquides. — M. Dutrochet écrit à l'Académie, pour lui communiquer quelques nouveaux faits relatifs au mouvement circulatoire des liquides, sous l'influence de la chaleur et de la lumière. La différence de température qui existe entre les deux faces du tube, est selon l'ingénieux expérimentateur, la seule *cause efficiente* du mouvement circulatoire. 1|600° de degré de différence de température suffit pour cela, mais avec l'aide de l'influence de la lumière; car, dans l'absence de ce dernier agent, le mouvement circulatoire s'arrête, c'est ce dont on peut s'assurer en fermant les volets de l'appartement dans lequel se fait cette expérience, de manière cependant à laisser une faible lumière, suffisante pour appercevoir le mouvement circulatoire tant qu'il existe. Ce mouvement étant suspendu par l'insuffisance de la lumière, recommence si l'on ouvre les volets. Il reparaît également si, sans faire arriver de nouveau la lumière, on communique au tube un petit ébranlement, en frappant sur la table qui le supporte; quelquefois même il peut être excité au moyen des vibrations qu'excite dans l'air le tintement d'une clochette ou le son d'une basse. Cependant, cette dernière expérience manque plus souvent qu'elle ne réussit.

Opérations chirurgicales. — M. Dupuytren fait un rapport verbal sur deux brochures de M. le professeur Vincenzo Andreini, contenant le *relevé* et le *résultat* des opérations de chirurgie, pratiquées par lui dans le grand hôpital de Sainte-Marie-la-Neuve, à Florence, de l'an 1824 à 1829. A ce sujet, M. Dupuytren montre l'utilité de ces relevés statistiques d'une grande masse de faits, pour l'appréciation des méthodes de traitement tant en médecine qu'en chirurgie. Mais des efforts isolés, partiels, souvent interrompus, et bornés en général à des nombres assez petits, ne sauraient conduire à des résultats bien importans. L'administration des hôpitaux de Paris, placée à la tête du plus vaste système d'hôpitaux et d'hospices, avait préparé une base plus large et plus utile à ces calculs. Elle avait arrêté qu'il

serait tenu, dans chaque salle de malades, un registre sur lequel seraient inscrits les noms, âge, profession, lieux de naissance et d'habitation des malades, le titre de leur maladie, les traitemens mis en usage et leurs résultats. M. Dupuytren déplore que l'administration des hôpitaux, plus frappée des difficultés que des avantages de cette belle institution, ait pris le parti de la supprimer alors qu'elle aurait dû l'améliorer et la compléter, et vingt ans de travaux, qui promettaient d'immenses résultats, sont tombés devant de misérables obstacles. Il est à désirer que le conseil général des hôpitaux, par le vœu unanime des amis de la science et de l'humanité, revienne sur une mesure qui n'est pas moins désastreuse pour l'une que pour l'autre; et qu'il se hâte de renouer le fil des travaux anciens au fil des nouveaux travaux.

Séance du 8 février. — Vaccin. — M. Robert, médecin du Lazaret de Marseille, écrit à l'Académie pour soumettre à son jugement treize expériences qui tendent à prouver que le virus de la variole et de la varioloïde, mitigé avec le lait de vache au moment de son inoculation, ne produit qu'une éruption locale semblable à celle de la vaccine; ce qui démontre, selon lui, l'existence *à priori* d'un germe variolique dans le bouton vaccinal, et doit aujourd'hui conduire à reconnaître que la vaccine n'a eu d'autre origine que la transmission accidentelle du virus varioleux de l'homme au pis de la vache, et que c'est là l'unique cause de sa bénignité, bienfait ineffable de cette première inoculation qu'il considère comme une espèce de greffe animale. « Du moment que cette vérité sera proclamée, dit-il, nul doute que la vaccine ne trouve plus de contradicteurs, parcequ'on sera bien plus satisfait de pouvoir remonter à sa véritable origine, que de recourir pour expliquer ces bienfaits, à une source aussi impure que celle de la dégoûtante maladie connue des vétérinaires sous le nom de *javarts* ou *crapaudines*. » Il termine en émettant le désir que ses treize expériences soient jugées dignes d'être admises au concours des prix Monthyon.

Taille de l'homme. — M. Villermé écrit à l'Académie pour rappeler que, dans un mémoire sur la taille de l'homme en France, il a établi, contrairement à tout ce qu'on a dit jusqu'aujourd'hui, que la stature de l'habitant des villes est plus haute en général que celle de l'habitant des campagnes. Il avait déduit ce singulier résultat de mesures prises sur un très-grand nombre de jeunes gens soumis au recrutement. Un savant de Bruxelles, M. le professeur Quetelet vient de faire de son côté, sur le même point, pour la province du Brabant Méridional, des recherches dont il donne le détail suivant: Les années 1823, 1824, 1825, 1826 et 1827 lui ont présenté, d'après les registres du gouvernement pour les milices, une taille plus haute

des hommes pour les villes de Bruxelles, Louvain et Nivelles, que dans les communes rurales des mêmes arrondissemens.

Principe du mouvement dans les corps organiques. — M. le doct. Lembert lit un mémoire sur ce sujet. Frappé de l'insuffisance des diverses explications proposées jusqu'à ce jour pour rendre compte des mouvemens dans les tissus animaux vivans, il a entrepris une série d'expériences pour rechercher s'il ne serait pas possible d'arriver à la connaissance élémentaire de ces mouvemens. Les premières ont eu pour objet de déterminer quels sont les organes de tel ou tel mouvement. L'auteur isola, sur un jeune chat, les intestins de leur mésentère; il vit alors qu'ils ne se contractaient que dans les points qu'il piquait avec la pointe du scalpel; mais, après les avoir enlevés avec le mésentère et les ganglions nerveux, il constata que ces organes se contractaient dans une étendue beaucoup plus grande. Ayant amputé la cuisse d'un jeune chat, il pinça fortement l'extrémité de la patte, et n'obtint aucun mouvement; en pinçant le nerf sur la surface de la plaie, il se fit alors une légère contraction dans le reste du membre. Il enleva ensuite complètement la moelle épinière hors du canal rachidien, et en pinçant la patte du membre resté intact, il obtint une forte contraction. De ces faits, il conclut que le mouvement peut s'exercer à l'état rudimentaire, indépendamment de tous les centres nerveux, mais qu'il est beaucoup plus prononcé et plus parfait lorsqu'on conserve les ganglions nerveux voisins et à plus forte raison la moelle épinière.

Après avoir mis à nu, sur un jeune chien, la moelle de l'épine par sa partie postérieure, entre les régions dorsale et lombaire, et l'avoir divisée complètement en coupant en travers le corps d'une vertèbre, en ayant soin d'ailleurs de ne pas léser les vaisseaux correspondans, il fléchit en avant le corps de l'animal, de manière à avoir bien à découvert les deux surfaces de la section; il vit le bout cervical du cordon rachidien sortir de trois lignes environ du canal osseux, et y entrer alternativement par un mouvement qui lui a semblé isochrone avec ceux de la respiration. Il prit ensuite une pile de douze paires, dont les conducteurs, isolés l'un de l'autre, au moyen d'une enveloppe de fils de soie, étaient accolés dans toute leur étendue de manière à ne faire plus qu'un seul fil à deux pointes, et touchant ensuite légèrement avec le conducteur tous les points de la surface de la section de la moelle correspondante au cerveau, il n'obtint que des mouvemens irréguliers qui lui parurent dépendre uniquement de la douleur que ressentit l'animal. En excitant au contraire de la même manière le bout inférieur, il observa divers phénomènes, savoir: en touchant, 1.° les faisceaux antérieurs, flexion de la queue entre les jambes, et flexion très-marquée des membres

pelviens et du tronc; 2.° les faisceaux postérieurs, mouvemens opposés, c'est-à-dire, extension des membres et de la queue, et redressement du tronc; 3.° les faisceaux latéraux, flexion latérale du côté correspondant à l'excitation galvanique; 4.° enfin un point quelconque intermédiaire aux faisceaux, toujours une contraction suivant une ligne qui, tirée du point irrité, aurait longé le corps en se portant jusqu'à l'extrémité de la queue.

M. Lembert conclut de là : 1.° que la moelle est mobile dans le canal rachidien; 2.° qu'elle a une part très-active dans le mouvement; 3.° que l'excitation au mouvement marche du cerveau vers les extrémités; 4.° que l'inverse a lieu pour la transmission de la sensibilité; 5.° que le galvanisme n'a pas besoin de former un arc avec le corps pour exciter des mouvemens de contraction; 6.° enfin, que cet agent en démontre les organes d'une manière bien plus précise lorsqu'on ne le fait agir que sur un seul point. L'auteur s'accorde, avec M. Berlinghieri, sur les fonctions que remplissent les faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle; mais il est allé plus loin en constatant que les mouvemens latéraux dépendent des faisceaux latéraux, et les mouvemens mixtes des portions intermédiaires à ces divers faisceaux. Il passe ensuite à l'examen des mouvemens dans la substance nerveuse elle-même. Ayant frappé de stupeur un oiseau, en le jetant rudement à terre, il a vu le cervelet fortement renversé en arrière, revenir sur lui-même et reprendre sa place primitive; il paraissait prendre un point d'appui sur ses pédoncules pour opérer ce mouvement. En rapprochant ce fait du mouvement signalé plus haut dans la moelle, des expériences de M. Magendie sur les mouvemens de rotation qui ont lieu après la section des pédoncules du cervelet, et de l'opinion de M. Flourens, qui considère cet organe comme le régulateur des mouvemens, M. Lembert se demande si l'on ne pourrait pas regarder cet organe comme destiné à fixer la moelle épinière pendant les mouvemens qu'elle est appelée à exécuter, et à lui fournir un point d'appui en l'embrassant dans ses pédoncules; enfin, si, à défaut du cervelet, on ne pourrait pas attribuer cette fonction au corps trapézoïde. Une autre question traitée par l'auteur, est celle des nerfs moteurs. Ayant détaché la partie supérieure du nerf crural sur une grenouille morte, et en tirant dessus, il fit mouvoir mécaniquement tout le membre, comme s'il eût tiré sur un tendon; il en conclut que le nerf doit être seul actif, e que le reste de l'appareil locomoteur n'est que mécaniquement disposé pour le mouvement. Il mit ensuite à nu, sur des grenouilles vivantes, les nerfs cruraux et sciatiques, et il observa, même à l'œil nu, qu'ils étaient légèrement striés et flexueux pendant le relâchement des muscles auquels ils se distribuent; pendant la contraction des muscles antagonistes, il a vu

les mêmes nerfs tendus et leurs stries effacées; et, enfin, pendant leur propre contraction, il s'est assuré que les stries transversales étaient plus nombreuses, que le nerf se tendait et acquérait un diamètre plus grand. De ces observations, il conclut que les globules nerveux s'applatissent en se rapprochant fortement les uns des autres pour produire le raccourcissement du cordon, et par suite la contraction. L'heure avancée ne permettant pas à M. Lembert de continuer, la lecture de son mémoire sera terminée dans l'une des prochaines séances.

VARIÉTÉS.

Speculum à ligature de M. Paul Dubois.

La ligature, ordinairement employée pour détruire les polypes qui naissent de la surface interne de l'utérus, ou du col de cet organe, offre quelquefois des difficultés d'autant plus désagréables, qu'elles obligent à des tâtonnemens peu fatigans, il est vrai, pour les malades, mais qui sont supportés souvent par elles avec plus de déplaisir qu'une opération sanglante et réellement douloureuse. Le siége même de ces tumeurs qui se développent sur des parties que leur profondeur soustrait à la vue, et l'imperfection des instrumens employés pour porter la ligature, rendent suffisamment raison de ces difficultés. C'est pour les éviter que M. Paul Dubois vient d'imaginer et de faire exécuter un spéculum à ligature qui nous a paru atteindre parfaitement le but qu'il s'est proposé.

Le spéculum auquel M. Paul Dubois a ajouté son appareil est celui de M. Guillon; il se compose, comme on le sait, de deux segmens de tube, réunis par leur plus long bord au moyen d'une charnière, et qui peuvent être écartés à la volonté de l'opérateur et tenus au degré d'élargissement qu'on juge convenable. Dans l'épaisseur du sommet de l'instrument, c'est-à-dire de l'extrémité qui est la première introduite, et qui parvient par conséquent au fond du vagin, M. P. Dubois a fait creuser un canal qui parcourt la circonférence intérieure de cette extrémité. La ligature est introduite avec la plus grande facilité dans ce canal au moyen d'une aiguille d'argent très-flexible: les deux bouts libres de la ligature sont ramenés dans le spéculum, tendus et fixés aux branches qui servent à l'écartement des deux lames; le spéculum ayant été introduit jusqu'au fond du vagin, et ouvert de manière à envelopper le polype avec exactitude et à embrasser par son sommet le pédicule de la tumeur; les deux bouts li-

bres de la ligature sont détachés des branches et introduits dans l'œil d'un serre-nœud ; celui-ci est porté en suivant la ligature jusqu'au-dessus du pédicule du polype. Les choses en étant à ce point, cette dernière partie de la tumeur est cernée par la ligature, dont la plus grande portion est encore contenue dans le canal du spéculum, et dont l'autre est formée par les deux bouts réunis, et engagée dans le serre-nœud; deux ou trois tours que l'on fait exécuter à une vis de rappel placée en dehors, à la base du spéculum, convertissent en simple gouttière le canal qui contient la ligature; celle-ci devenant tout-à-fait libre, il suffit d'en tendre les extrémités pour comprimer le pédicule du polype, et terminer ainsi l'opération (1).

Réclamations.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

J'ai l'honneur de vous adresser la réclamation suivante, avec prière de l'insérer dans le plus prochain cahier de votre Journal; elle vous paraîtra sans doute un peu tardive, mais je n'ai lu que ces jours derniers le passage qui la provoque. Ce passage, faisant partie d'un article de M. Dezeimeris, est ainsi conçu :

« Nous ne savons à quel date ni à quel auteur rapporter la première idée de considérer la *gangrène sénile* comme un résultat de l'obstruction qui s'opère dans les artères par l'exsudation plastique et la coagulation qu'y détermine l'inflammation. *Cette doctrine avait cours à l'Hôtel-Dieu, il y a plus de dix années*; MM. Roche et Sanson l'exposèrent dans leurs élémens de médecine et de chirurgie; M. Alibert, dans une thèse intéressante, l'appuie d'un grand nombre de faits nouveaux, et plus récemment MM. Delpech et Dubrueil en ont fait l'objet d'un mémoire assez étendu. *Il paraît que le premier de ces professeurs avait, depuis long-temps, connaissance de cet effet de l'artérite.* » (*Archives générales de Médecine*, décembre 1829.)

Les paroles que j'ai soulignées, échappées sans doute à la plume de M. Dezeimeris dans une rédaction trop rapide, bouleversent toutes les idées généralement reçues sur la manière de juger les questions de priorité en matière de science. Il est, en effet, passé en coutume, de ne décider de semblables questions que par des dates ou par des faits d'une notoriété incontestable; tout le monde regarde cette manière de juger comme la sauve-garde des droits des auteurs de découvertes

---

(1) Cet instrument a été exécuté par M. Sir Henry, fabricant d'instrumens de chirurgie, place de l'Ecole de Médecine.

scientifiques; c'est la seule que l'on puisse employer pour les auteurs morts; c'est aussi la seule qu'il convienne de suivre avec les contemporains si l'on ne veut ouvrir la porte aux prétentions les plus singulières; la raison, la justice, font une loi de ne pas s'en écarter, et si elle n'était depuis long-temps consacrée en principe, il faudrait se hâter aujourd'hui de lui en donner toute l'autorité.

Imbu depuis long-temps de ces idées, il me serait difficile de vous dire quel a été mon étonnement en voyant mettre en pratique pour la première fois, et par un médecin qui promet de se placer un jour au premier rang des historiens de la médecine, un principe bien différent, et qui me paraît subversif de toute bonne critique historique. J'ai été, en outre, péniblement affecté, je l'avoue, de me voir menacé de devenir la première victime de cet étrange principe, et dépouillé, sur des ouï-dire et des assertions sans preuves, des droits que je crois avoir à la priorité qu'on me conteste. Suffira-t-il donc désormais, de déclarer qu'une idée *avait déjà cours* depuis un certain temps, pour ravir à celui qui l'aura le premier exprimée la part d'estime qui peut lui revenir pour sa découverte? Suffira-t-il que, après la publication de chaque vérité nouvelle, un autre que celui qui l'a mise au jour vienne affirmer *qu'il en avait déjà connaissance*, pour qu'à l'instant on doive le croire sur parole et mettre en doute les droits du véritable auteur. Si une pareille doctrine était jamais consacrée, elle serait sans doute très-utile aux frêlons de la science, mais elle tuerait le zèle des hommes laborieux qui savent consumer une vie toute entière à glaner un maigre épi dans le champ si peu fécond des découvertes; elle frapperait au cœur tous ceux qui ne demandent qu'un peu de fumée pour prix des plus pénibles travaux; elle serait, par conséquent, mortelle à la science elle-même. J'espère qu'elle ne fera pas de partisans, et je me contenterais, pour seule défense, d'en avoir signalé l'injustice et les principaux inconvéniens, si je ne savais que, dans les réclamations de la nature de la mienne, il faut avoir deux fois raison pour obtenir justice. Permettez-moi donc, M. le Rédacteur, d'établir mes droits d'une manière incontestable.

Au dire de M. Dezeimeris, l'opinion qui attribue la gangrène sénile à l'obstruction des artères, résultat de leur inflammation, avait cours à l'Hôtel-Dieu depuis plus de dix années, lorsque nous l'avons exposée, M. Sanson et moi, dans nos élémens de pathologie; il me sera facile, j'espère, de prouver le peu de fondement de cette assertion.

C'est dans le service de la chirurgie que sont traitées toutes les gangrènes séniles dans cet hôpital; c'est donc là que cette opinion aurait dû prendre naissance, et l'on m'accordera sans peine que M. Dupuytren, chef de ce service, l'aurait au moins connue s'il n'en eût été

l'auteur. Or, voici comment s'exprimait, en 1824, ce savant professeur, dans une note adressée à M. Marjolin, et publiée par ce dernier dans le tome X du *Dictionnaire de Médecine*, page 65.

« Une femme, âgée de soixante et quelques années, vint à l'Hôtel-Dieu, il y a près d'un an, pour y être traitée de gangrène sénile qui affectait les orteils du pied gauche. De vives et longues douleurs avaient précédé cette gangrène, et avaient, pendant plusieurs mois, privé la malade de tout sommeil. La maladie avait en outre pour caractères, la mortification, la dessiccation, et, en quelque sorte, la momification du sommet des orteils indiqués, la tuméfaction violacée de la partie voisine des orteils et du pied, et une odeur vive, pénétrante et très-difficile à supporter.

« Pendant les premiers mois de son séjour à l'Hôtel-Dieu, on eut recours, successivement et sans le moindre succès, aux opiacés et au quinquina, administrés à l'intérieur et appliqués à l'extérieur : loin de s'amender, la maladie fit des progrès; le reste des orteils, le dos et la plante du pied, les parties molles et les parties osseuses, furent frappés assez rapidement, d'abord de gonflement violacé très-douloureux, ensuite de gangrène sèche, toujours accompagnée d'une odeur très-forte; l'état du cœur, des poumons et des *principales artères* fut étudié, *on n'y découvrit aucun signe de lésion*. A cette époque, tourmenté par les douleurs de la malade, et fatigué que j'étais de l'inutilité que j'avais si souvent éprouvée des remèdes calmans, anti-spasmodiques, toniques, anti-septiques, etc., conseillés et employés par tous les auteurs et par tous les praticiens, je résolus de tenter d'autres moyens, et prenant conseil de l'état du pouls, qui était plein et dur, de l'état de la face, qui était rouge et animée, je fis pratiquer à la malade une saignée de deux palettes : les douleurs furent calmées, le sommeil fut rappelé, et les progrès de la gangrène furent suspendus à tel point, que la malade ne s'était jamais trouvée aussi bien depuis le commencement de son mal. Cette amélioration dura à-peu-près une quinzaine, au bout de laquelle tous les symptômes reparurent. Suivant encore la méthode *a juvantibus indicatio*, je fis pratiquer une nouvelle saignée, qui eut les mêmes effets que la première : à dater de ce moment, on y recourut chaque fois que la maladie menaça de reparaître; et, à la faveur de ce traitement, les retours de la gangrène sénile ont été prévenus, les parties gangrénées se sont séparées, la cicatrice s'est faite, et la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu, emportant avec elle le conseil de recourir à la saignée chaque fois que quelque symptôme de son ancien mal pourrait en faire craindre le retour.

« Depuis ce temps, plusieurs individus affectés de gangrène sénile ont été traités par la saignée, et toujours avec le même succès. Ce

traitement s'applique-t-il à toutes les espèces de cette maladie? Je pense qu'il peut s'appliquer toutes les fois que la maladie est accompagnée de douleurs vives, de tuméfaction considérable, de plénitude et de dureté dans le pouls, de coloration de la face. »

Ainsi, dans tout le cours de cette note pleine d'intérêt, le mot d'inflammation ne se trouve pas une seule fois prononcé. Ce n'est pas parce que l'habile praticien soupçonne l'existence de cet état morbide qu'il essaye la saignée, mais parce qu'il est fatigué de l'inutilité souvent éprouvée par lui de tous les autres moyens conseillés par les auteurs; s'il revient à l'emploi de ce moyen, ce n'est pas pour satisfaire à une indication théorique que l'idée d'inflammation aurait fait naître, mais uniquement parce que la malade a été soulagée par la première évacuation sanguine, *a juvantibus indicatio*, comme il le dit lui-même; enfin, s'il applique depuis le même traitement à plusieurs individus, c'est seulement parce qu'il lui a réussi une première fois, car il ne laisse percer nulle part qu'il soupçonne la nature de la maladie, et pour baser l'indication des saignées, il ne cherche pas au-delà des symptômes: on peut y avoir recours, dit-il, toutes les fois que la maladie est accompagnée de douleurs vives, de tuméfaction considérable, de plénitude et de dureté dans le pouls, de coloration de la face. Si l'on m'objectait que le traitement même employé par M. Dupuytren prouve qu'il entrevoyait la nature de la maladie, je pourrais répondre que Pott la traitait par l'opium à l'intérieur et à l'extérieur, par les fomentations avec le lait tiède et les cataplasmes émolliens; que Fabrice de Hilden et Morgagni conseillaient, dans quelques cas, le lait d'ânesse, Jeanroy le sirop antiscorbutique et un régime sobre et délayant, etc., d'où l'on pourrait aussi conclure que ces médecins en avaient aperçu le caractère inflammatoire; je pourrais ajouter que, du soupçon vague d'un état inflammatoire dans cette affection à la démonstration du fait et à la détermination du siége précis de la phlegmasie, il restait encore un assez grand pas à faire, et que, ce pas je crois l'avoir fait le premier; mais toutes les expressions de M. Dupuytren, si j'ose ainsi dire, démentent cette assertion; il n'y aurait donc qu'une intention bien arrêtée de me dénier toute justice qui pourrait la faire mettre en avant. Enfin, je dois faire remarquer que M. Dupuytren déclare bien positivement qu'il a étudié l'état des *principales artères* chez la malade qui fait le sujet de son observation, et *qu'il n'y découvrit aucun signe de lésion*; or, c'est en 1823 qu'il se livrait à cet examen; l'idée d'attribuer la gangrène sénile à l'inflammation de ces vaisseaux, non-seulement n'avait donc pas cours à l'Hôtel-Dieu il y a six ans, mais elle n'y était pas même soupçonnée; l'observation semblait, au contraire, la démentir. Sur quels documens M. Dezeimeris s'appuie-t-il

donc pour avancer qu'elle y était connue il y a plus de dix années.

Je crois avoir suffisamment prouvé, que personne avant moi n'avait émis l'opinion que la gangrène sénile fût due à l'inflammation des principaux troncs artériels; cette idée m'appartient; je l'avais appuyée de tous les faits et de tous les raisonnemens qui pouvaient lui donner le caractère de la vérité, avant que qui que ce soit l'eût énoncée. Dans la seconde édition des *Nouveaux élemens de Pathologie médico-chirurgicale*, (tome I), je lui ai donné de nouveaux développemens, et j'ai essayé même de démontrer qu'il n'était pas indispensable que l'artère fût obstruée par le produit de l'inflammation pour que la gangrène en fût l'effet, et qu'il suffisait souvent pour cela de la seule inflammation des parois artérielles.

Tandis que je suis en train de chercher noise à M. Dezeimeris, au talent et à la loyauté duquel je me plais toutefois à rendre hommage, j'ajouterai quelques mots encore à l'occasion d'un autre article du même auteur. Il est dit dans cet article (*Archives générales, juillet* 1829, page 320), que j'ai allégué de nombreux argumens en faveur de l'opinion de M. Andral, qui consiste à regarder les tubercules comme les produits d'une sécrétion morbide. C'est une erreur. Il y a sans doute la plus grande analogie entre l'opinion de M. Andral et la mienne, sur le mode de formation des tubercules, mais j'avais publié la mienne dès 1824 (*Journal général de Médecine*, tome 89, et *Nouveaux élémens*, etc., tome 1), et M. Andral n'a émis la sienne qu'en 1826. (*Clinique médicale*, tome 3). Ce n'est donc pas l'opinion de ce professeur que j'ai défendue; j'ai au contraire combattu, depuis qu'il l'a imprimée, les différences qu'elle présente avec celle qui m'est propre.

L'histoire de la médecine est très-difficile à écrire. Pour un auteur qui se fait une loi d'être juste envers tout le monde et de rapporter à leur véritable source les vérités qu'il reproduit, il en est mille qui ne citent jamais les ouvrages dans lesquels ils puisent à pleines mains, ou qui s'attribuent avec une assurance qui en impose, des découvertes auxquelles ils sont complètement étrangers. Le public qui n'a pas le temps de vérifier les faits, juge et prononce sur les apparences; l'auteur juste et impartial n'est à ses yeux qu'un compilateur, tandis que les plagiaires lui paraissent des auteurs originaux. Il ne faut pas que les historiens de la science s'en laissent imposer par de pareils jugemens: leur tâche est au contraire de les redresser, et de rendre à chacun ce qui lui est dû. Qui mieux que M. Dezeimeris est capable de remplir cette belle mission. Qui joint à une aussi vaste érudition une conscience plus droite et un jugement plus sûr. Et cependant il a pu se tromper. C'est que l'histoire de la médecine, comme je viens de le dire, est hérissée de difficultés, et que l'on ne

parvient pas toujours à les surmonter, avec les plus loyales intentions et la ferme volonté d'être impartial. *Errare humanum est.*

J'ai l'honneur d'être, etc.

L. Ch. Roche.

M. le Rédacteur, en parlant du rapport que M. Espiaud a fait à l'Académie, le 13 octobre dernier, sur mes trois Mémoires, vous dites : « M. Espiaud avoue avoir rencontré beaucoup d'obscurité dans ces trois Mémoires.......» Cet estimable rapporteur m'a écrit que pour son propre compte il a trouvé du vrai, de la profondeur et de l'originalité dans mes vues ; et que, s'il en a critiqué *quelques-unes*, c'est parce qu'elles lui ont paru trop en opposition avec les idées reçues. Il pense que le temps ne leur est pas favorable, et que je ne réussirai pas à les faire prévaloir. Tout ceci prouve que M. Espiaud m'a mieux compris que vous le dites....Vous m'obligerez infiniment si vous avez la bonté de publier cette lettre dans le plus prochain Numéro de votre Journal.

Agréez, etc. A. Surun.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le traitement du cancer par la compression méthodique simple ou combinée, et sur l'histoire génerale de la même maladie ; suivies de notes, 1.° sur les forces et la dynamétrie vitales ; 2.° sur l'inflammation et l'état fébrile ; par J. C. A. Récamier, *médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc. Paris,* 1829, *in*-8.° 2 *vol. chez Gabon.*

Cet important ouvrage, que nous allons faire connaître dans une analyse rapide, est partagé en quatre parties, sans comprendre les notes qui le terminent. La première contient l'exposition de faits relatifs à des cancers mammaires, au nombre de soixante-deux, dont trente ont été traités par la seule compression. La seconde est consacrée à l'exposition de nouveaux faits concernant des cancers de diverses autres régions du corps, au nombre de treize, dont quelques-uns ont été soumis pareillement à la compression. Viennent ensuite un supplément indiquant l'état ultérieur des malades précédens, dont l'histoire n'était pas terminée au commencement de l'impression de ce travail ; puis un résumé général faisant connaître les résultats

obtenus par la compression seule ou réunie à la cautérisation et à l'ablation.

La troisième partie commence par une classification des tumeurs cancéreuses dont l'histoire est consignée dans la première partie. Elles sont divisées en engorgemens diffus, tumeurs circonscrites, ou bien offrant des caractères mixtes, avec douleur névralgique formant un des traits principaux de la maladie, avec ramollissement ou ulcération. Cette classification a pour but de faire apprécier les avantages ou les inconvéniens de la compression, et les modifications qu'elle exige suivant qu'elle est employée dans telle ou telle de ces circonstances. L'auteur passe ensuite au traitement des affections cancéreuses, lequel est divisé en externe et interne. En première ligne, se trouve la compression, objet principal de son travail; là il entre dans tous les détails nécessaires pour assurer l'efficacité de ce moyen, qui paraît n'avoir été abandonné en Angleterre, où il avait pris naissance, que parce qu'on n'avait pas encore trouvé la meilleure manière d'exercer la compression et de la modifier suivant les périodes du traitement et de la maladie. Aussi le mode de confection et d'application des bandages compressifs, les substances qui doivent les composer, les modifications nécessitées par le volume de la tumeur, l'état de sa surface, son siége particulier, le degré de constriction de l'appareil, la durée de son application; enfin, la position la plus convenable pour le malade, tout cela est exposé avec le plus grand soin. Les autres moyens du ressort du traitement externe, tels que la cautérisation et l'ablation, ne sont guères considérés que dans leurs rapports avec la compression. Pour ce qui concerne le traitement interne, on y trouve en particulier des remarques intéressantes sur l'emploi de l'extrait de ciguë.

Après cet exposé général du traitement, vient un second et dernier supplément à l'histoire de quelques-uns des malades dont les observations sont rapportées dans la première et deuxième parties. Enfin, vingt-trois faits nouveaux, dont quatorze sont relatifs à des cas de guérison; huit à des réussites incomplètes, et dont le dernier a rapport à une ablation totale de l'utérus faite avec succès par l'auteur lui-même, terminent le premier volume de l'ouvrage, en y joignant sept planches destinées à faire connaître divers instrumens et l'état anatomique d'un cancer mammaire et de deux cancers utérins. En somme, sur cent malades traités par M. Récamier pour des affections cancéreuses, seize, réputés incurables, n'ont été soumis qu'à un traitement palliatif; trente ont été complètement guéris par la seule compression; vingt, soumis au même moyen, n'ont éprouvé qu'une amélioration, à la vérité très-notable; quinze ont été radicalement débarrassés, soit par l'ablation seule, soit surtout par l'ablation combinée

avec la compression ; six par ce dernier moyen uni à la cautérisation ; chez les douze autres malades, l'affection a absolument résisté. (Tome I.er, page 550.)

Dans la quatrième partie, l'auteur se livre à des recherches sur l'histoire générale des maladies cancéreuses, pour y trouver les moyens de déterminer plus sûrement la nature de la diathèse cancéreuse et faire cesser la défiance des hommes de l'art qui ne croient pas que, par un moyen local comme la compression, on puisse obtenir la guérison des engorgemens cancéreux. Après avoir exposé dans six chapitres particuliers des considérations fort importantes sur les symptômes caractéristiques, le siége, les espèces et variétés, le diagnostic des affections cancéreuses, sur leur prélude, leur marche, leurs caractères anatomiques, les conditions de leur développement, l'auteur arrive à cette conclusion : que le cancer primitif ne dépend point d'un *vice constitutionnel*, mais d'une *susceptibilité locale* des organes, innée dans certains tissus extraordinaires, tels que les nœvus, dans les testicules et les mamelles, susceptibilité en vertu de laquelle personne ne peut se flatter d'être à l'abri d'un cancer. (Tome II, page 229.)

Tel est le contenu de cet ouvrage, sur lequel nous ferons les remarques suivantes : les faits y sont nombreux, exposés en général avec beaucoup de détails, surtout quant à ce qui concerne les anamnestiques ; la plupart offrent des résultats positifs vérifiés deux et même trois ans après la cessation du traitement. Il est à regretter seulement que l'auteur ait disséminé et, en quelque sorte, morcelé ces faits dans diverses parties de son ouvrage, renvoyant le lecteur de supplément en supplément pour lui faire connaître la fin de l'histoire de ses malades. Ce n'est pas que ces supplémens n'aient leur utilité, et si nous avons un désir, c'est que, dans quelques années, M. Récamier en fournisse un troisième sur la santé ultérieure de ses malades ; car il est des personnes assez scrupuleuses pour ne pas ajouter une confiance absolue à des guérisons annoncées en 1829, de cancers traités en 1826, 27 et 28.

Nous ajouterons que la grande majorité de ces mêmes faits n'a rapport qu'à des cancers mammaires, sur lesquels la méthode de compression est plus facilement applicable. M. Récamier cite bien quelques observations de cancer buccal, utérin, rectal et même gastrique, dans lesquels cette méthode a été employée non sans avantage ; mais chacun entrevoit la difficulté de la compression dans ces cas, et les avantages dont parle l'auteur paraîtront douteux à quelques médecins. Le fait, par exemple, que M. Récamier tient de M. Dinon, et qu'il intitule cancer de l'estomac (1), quoiqu'il dise ne

---

(1) Page 393, I.er volume.

vouloir rien préjuger sur la nature de cette maladie, paraîtra d'autant plus incroyable que tous les symptômes ordinaires du cancer gastrique arrivé à sa dernière période, joints à une tumeur siégeant à l'épigastre, ont disparu sous l'influence d'une compression faite avec une serviette fortement serrée autour du ventre.

Hâtons-nous de dire toutefois que M. Récamier s'est tenu dans les bornes du possible, quant à la valeur de la compression dans les affections cancéreuses, comme on peut le voir dans un article spécial où il traite des obstacles généraux au succès de la compression (pag. 208 vol. II). Ce n'est point, comme il le dit lui-même dans son introduction, l'apologie d'un moyen particulier qu'il a entrepris, mais un compte qu'il rend de sa conduite et de ses réflexions dans une route nouvelle qu'il a été obligé de se frayer.

L'histoire générale qu'il donne du cancer est remplie de vues profondes, d'apperçus neufs et ingénieux qu'il a su accommoder à l'objet principal de son travail; peut-être quelqu'un pensera-t-il qu'en écartant un *vice constitutionnel*, un principe matériel général et lui substituant une *susceptibilité innée*, une prédisposition locale comme cause primitive du cancer, (Ce qui est au reste en dehors du domaine de l'observation et n'éclaire point la nature de la maladie), il a été entraîné par une idée dominante, celle d'opposer un moyen local à une maladie locale.

Au résumé, comme les faits en médecine doivent passer avant les explications, il n'en reste pas moins démontré par le travail de M. Récamier, que la compression a pu dissiper entièrement des engorgemens véritablement cancéreux, et cela un bon nombre de fois; qu'elle prépare avantageusement à l'ablation de la partie affectée, en isolant le mal et rompant les communications avec les parties voisines; qu'elle sert enfin d'auxiliaire puissant aux autres méthodes de traitement.

Si l'on réfléchit maintenant que, malgré les nombreuses tentatives de l'art, le cancer est, de toutes les maladies, celle dont l'incurabilité ait été le plus généralement avouée, on conviendra que les résultats précédens sont faits pour donner l'espoir d'un meilleur avenir; aussi l'ouvrage que nous annonçons, fruit de longues méditations et de laborieuses recherches, se recommande-t-il suffisamment par lui-même, sans que nous ayons besoin d'indiquer les titres de l'auteur à la confiance publique.

Ce jugement ne s'applique qu'aux recherches sur le cancer; quant aux notes, qui forment un ouvrage distinct aussi étendu que le précédent, il y aurait peu d'utilité pour nos lecteurs à en trouver ici l'analyse. Des hypothèses cent fois reproduites depuis des siècles, mais non encore prouvées, présentées sous des formes nouvelles;

quelques aperçus ingénieux, perdus au milieu d'une foule d'opinions bizarres; des pensées communes cachées sous le langage obscur et prétentieux de la dialectique scholastique, ne sauraient constituer un ouvrage bien important. Or, c'est là tout ce que nous avons trouvé dans le deuxième volume de M. Récamier. Bien des lecteurs que nous connaissons n'ont pas été plus heureux que nous; nous en savons d'autres aussi qui ont répété de bonne foi le mot de Socrate : *il doit y avoir de bien belles choses dans ce que je n'ai pas compris.*

Catalogues des Collections de la Faculté de Médecine de Paris, publiés par MM. Thillaye, *MM. DD., et conservateurs des collections de cette Faculté. Premier Catalogue*, Matière médicale. *Un vol. in-8.° Paris*, 1829. *Chez Béchet jeune.*

L'idée de former des collections, c'est-à-dire de rassembler dans un même lieu les diverses productions naturelles, de les ranger dans un certain ordre suivant les analogies qu'elles présentent entr'elles, de manière à ce qu'on puisse les étudier, apprendre à reconnaître les caractères qui les distinguent, et comparer les unes avec les autres, est, sans aucun doute, l'une de celles qui a le plus puissamment contribué à propager le goût des sciences naturelles. Mais on conçoit que, pour que les personnes qui se livrent à l'étude de ces sciences retirent de ces collections tous les avantages qu'elles peuvent procurer, il est nécessaire d'y joindre une description exacte des objets qui les composent, et disposée de telle sorte que, à l'aide de numéros d'ordre ou autrement, l'élève puisse trouver et reconnaître à l'instant la substance qu'il veut étudier.

Les collections qui composent le muséum de l'École de Médecine étaient, comme la plupart de celles qui existent dans la capitale, incomplètes sous ce rapport. Il n'existait aucun catalogue descriptif des nombreux objets qu'elles renferment; et il y a plus, à peine si une étiquette, le plus souvent illisible, en indiquait le nom. MM. Thillaye se sont proposés de remplir cette lacune.

L'ouvrage que nous annonçons est le commencement de cette utile entreprise. Il comprend une description succincte, quoique claire et précise, de toutes les substances qui se trouvent dans le beau Droguier de la faculté, d'après l'ordre dans lequel elles y sont arrangées, c'est-à-dire, suivant l'ordre des *familles naturelles* pour les substances végétales, tel qu'il est présenté dans les derniers ouvrages de M. de Candolle; suivant la classification adoptée par MM. Cuvier et Duméril pour les produits animaux; enfin, pour les substances minérales, suivant l'ordre adopté par le professeur de

chimie. Les auteurs se sont attaché à présenter dans le moindre espace possible tout ce qu'il est nécessaire de se rappeler sur chaque médicament ; et pour les développemens dont chacun d'eux est susceptible, ils ont renvoyé le lecteur aux traités spéciaux ; par exemple à la botanique de M. A. Richard pour les caractères botanique des plantes ; aux ouvrages de MM. Thénard et Orfila pour les propriétés chimiques, etc.

En résumé, un examen attentif du livre de MM. Thillaye nous porte à croire que, bien qu'on y trouve çà et là quelques taches légères, il sera d'une grande utilité aux élèves qui se préparent à subir leur examen de matière médicale ; quant aux praticiens, nous ne voyons pas à quoi il pourrait leur servir ; mais il nous semble évident qu'il ne leur est pas destiné.

HESSELBACH. (A.- K.) *Doctrine des hernies abdominales.* Première partie. — *Théorie du développement des hernies.* *Wurtzbourg*, 1829. *In*-8.°

L'anatomie chirurgicale des hernies a beaucoup occupé l'attention des chirurgiens de ce siècle ; on connaît les importans travaux de MM. Scarpa, Gimbernat, Oken, Lawrence, Breschet, Cooper et Cloquet. C'est en 1803 qu'Hesselbach fit paraître son premier travail sur les hernies inguinales ; on y remarqua des idées neuves sur ces maladies, et surtout une division des hernies inguinales en internes et en externes, suivant que les parties qui s'échappent de l'intérieur de l'abdomen s'ouvrent une issue au dehors à travers la paroi musculaire, ou suivent la direction du canal inguinal, et s'échappent au travers de son orifice. Hesselbach publia en 1815 des recherches anatomico-pathologiques sur la théorie de la formation des hernies inguinales et crurales ; Ruland en a donné une édition latine en 1816. Enfin, après vingt-cinq ans d'études assidues et d'expérience, Hesselbach s'est déterminé à donner une exposition complète de sa doctrine. Ce chirurgien savant et habile a la conviction intime que son ouvrage fera beaucoup mieux connaître l'histoire du bubonocèle qu'elle ne l'est encore, et qu'il a rendu son traitement plus simple et d'une efficacité plus certaine. L'ouvrage dont nous annonçons la publication est divisé en deux parties ; la première concerne la doctrine de la formation et du développement des hernies ; la seconde contiendra leur traitement. Hesselbach a fait lithographier d'après nature les principaux cas pathologiques, pour rendre plus facile l'intelligence de ses leçons et pour mettre ses principes dans toute leur évidence ; ces dessins paraîtront sous ce titre : *Lithographies pour l'explication de la*

doctrine des hernies, grand in-folio, texte en regard. L'introduction à la première partie de son ouvrage est formée d'une histoire bibliographique des hernies assez complète ; quelques noms, ceux de MM. Richerand et Béclard, par exemple, y sont omis; mais ces chirurgiens n'ont pas publié leurs idées sur les hernies dans des écrits spéciaux. Hesselbach décrit avec méthode les parois abdominales, le bassin, ses orifices, les rapports des parties contenantes avec les parties contenues; il indique les causes ordinaires et les causes prédisposantes des hernies; et ces considérations préliminaires terminées, il quitte les généralités, et fait successivement l'histoire des hernies inguinales externe et interne, des hernies ombilicales, crurales, de celles de la ligne blanche et de la paroi inférieure du bassin. Des notes terminent cette première partie, qui se recommande surtout par les détails d'anatomie chirurgicale. On s'aperçoit aisément qu'Hesselbach s'est servi alternativement du scalpel et de la plume pour écrire cette partie de son livre. Beaucoup de clarté, d'exactitude et de simplicité recommandent ses descriptions, et les distinguent avec avantage d'autres travaux qui ont été faits sur ce sujet important. C'est surtout à déterminer avec la plus grande précision la position des artères auprès des hernies et dans l'intérieur de ces tumeurs que M. Hesselbach s'est attaché.

La seconde partie de son ouvrage paraîtra incessamment. Nous attendrons sa publication pour faire une exposition complète de la doctrine d'Hesselbach sur les hernies, examinée sous le double rapport des services qu'elle a rendus à la théorie et de son influence sur la pratique. MONFALCON.

De la destruction mécanique de la pierre dans la vessie; ou Considérations nouvelles sur la lithotritie, etc.; par J. J. A. RIGAL, *médecin en chef de l'hôpital de Gaillac, etc. In-8.° Paris*, 1829; *pp.* 97, *avec 3 planches lithographiées.*

L'ouvrage que nous avons sous les yeux n'est autre que le Mémoire dont M. Rigal a lu une partie à l'Académie Royale des Sciences dans ses séances des 10 août et 14 septembre derniers, et sur lequel M. le professeur Duméril, à son nom et en celui de MM. Boyer, Serres, Flourens, Magendie, a fait un rapport des plus favorables. Chose bien extraordinaire par le temps qui court ! il est dédié à un homme que l'auteur pouvait, au premier abord, regarder comme un rival redoutable, M. Leroy (d'Etiolles), auquel il ne craint pas de rendre la justice qui lui est due, en le regardant comme le véritable inventeur de la lithrotitie, et auquel il témoigne d'ailleurs toute sa gratitude pour la franchise avec laquelle il l'a initié dans la connaissance de ses instrumens et de ses procédés opératoires. Cette dédicace

est, à notre avis, aussi honorable pour celui qui l'a écrite, que pour celui à qui elle est adressée; et si nous la signalons à nos lecteurs, c'est que de pareils exemples sont malheureusement si rares, que l'on ne doit pas laisser échapper l'occasion d'en récompenser, en quelque sorte, les auteurs, en en répandant la connaissance.

Le travail de M. Rigal est divisé en trois parties. Dans la première, il examine le cathétérisme rectiligne dans ses rapports avec la lithotritie, et il expose les moyens qu'il a imaginés pour le traitement préparatoire de cette opération. Dans la seconde, il passe en revue les divers procédés généraux employés jusqu'à ce jour pour détruire la pierre dans la vessie, par MM. Leroy, Civiale, Heurteloup, Amussat, Pecchioli, etc., et il expose, avec impartialité, les avantages et les inconvéniens attachés à chacun de ces procédés. Enfin, la troisième partie est consacrée à la description des instrumens qu'il a créés ou modifiés pour remédier aux inconvéniens qu'il avait reconnus dans ceux qui existaient déjà, à rendre ainsi l'opération et plus sûre et plus facile.

Dans le compte que nous avons rendu de la séance du 14 septembre dernier, de l'Académie des Sciences (1), nous avons déjà fait connaître les principaux faits contenus dans le Mémoire de M. Rigal, et nous avons donné une description aussi complète que possible de ses divers instrumens. Nous nous contenterons donc d'y renvoyer nos lecteurs. Nous dirons seulement en terminant, que l'ouvrage de M. Rigal est écrit avec méthode, clarté et simplicité, et qu'il sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent de la partie opératoire de l'art de guérir.

Mémoire sur le traitement de la cataracte; par Louis-François Gondret, *docteur en médecine, etc. Paris*, 1829, *in*-8.°, 24-108 *pp. Quatrième édition.*

Cette brochure n'est qu'une réimpression des faits déjà publiés par l'auteur, et sur lesquels il s'appuie pour préconiser la cautérisation syncipitale par le cuivre incandescent ou par la pommade ammoniacale, comme le moyen véritablement curatif et même préservatif de la cataracte. Cette nouvelle édition contient très-peu d'additions à noter; nous citerons entre autres un article sous le titre de *Tableau général de la cataracte*, dans lequel l'auteur signale parmi les causes de cette maladie « l'abus qu'on fait aujourd'hui de la lecture et de l'écriture. » Cette opinion, que nous sommes loin de partager, ne serait pas un argument sans valeur aux yeux de certaines gens

---

(1) Voyez *Archives générales de Méd.* T. XXI, p. 459.

qui s'évertuent à prouver que l'instruction a des dangers. Quant à l'assertion de notre confrère, considérée médicalement, elle nous semble tout-à-fait gratuite. Veut-on savoir en quoi consiste la cataracte? Elle résulte, selon l'auteur, « d'une matière hétérogène qui » pénètre dans le crystallin, et qui en détruit successivement la » transparence. » Après cette explication, vient une énumération des complications que peut offrir la cataracte, qui s'opposent à l'opération, et qui obligent nécessairement, dit l'auteur, à recourir à l'emploi de la cautérisation syncipitale. Cinquante-quatre observations sont ensuite rapportées pour prouver l'efficacité de ce moyen; la plupart manquent de détails suffisans, et ne font pas partager la conviction dont l'auteur est pénétré. La brochure est terminée par des conclusions qui sont moins un résumé des faits qui viennent d'être exposés, que l'exposition des opinions de l'auteur sur le traitement par la cautérisation syncipitale. Suivant lui, ce traitement convient principalement : 1.° dans toutes les affections chroniques cérébrales et oculaires ; 2.° dans la cataracte commençante ; 3.° dans la cataracte compliquée de goutte sereine, ou d'une autre affection oculaire ; 4.° dans la cataracte qui a été opérée sans succès ; 5.° dans la cataracte congéniale; 6.° lorsque l'opacité de la chambre antérieure simule la cataracte. Nous laissons au lecteur le soin de juger lui-même dans le *mémoire* de M. Gondret, jusqu'à quel point l'expérience justifie ces diverses propositions.

Mémoire sur de nouveaux instrumens propres à faciliter la ligature des polypes qui naissent de la base du crâne ; précédé de quelques considérations sur les variétés de cette maladie, et sur les divers modes de traitement employés contre elle jusqu'à ce jour ; par A. Félix Hatin, *docteur en médecine de la Fac. de Paris, etc. etc. Paris*, 1829, *in*-8.°, 42 *pp. avec une planche.*

L'auteur a fait précéder la description de ses instrumens d'une histoire générale des polypes du nez et de la gorge, pensant, dit-il, qu'elle conduit naturellement à l'objet principal de son mémoire, et qu'elle ajoute peut-être quelque chose à son utilité. Nous ne voyons guère quelle utilité peut avoir ici un extrait de tout ce qu'on trouve écrit dans les traités de pathologie chirurgicale, d'autant mieux qu'il n'y a dans ces détails rien qui puisse éclaircr davantage le mode d'application des nouveaux instrumens de l'auteur. Etait-il nécessaire, en effet, de nous peindre pour cela l'état du malade affecté de polype sarcomateux, « qui s'incline lentement vers la tombe, et dont « les regards mourans, long-temps avant d'y descendre, se tournent « avec effroi vers la faux de la mort toujours menaçante et toujours « prête à l'atteindre. » Quant aux instrumens, ils consistent en un conducteur à plusieurs branches, et un autre propre à corriger l'obliquité de la ligature, et qu'on peut ensuite transformer en serre-nœud. Nous ne chercherons pas à donner ici une description de ces instrumens, car il serait plus d'autant difficile de la comprendre sans les figures jointes au mémoire, que même avec ces figures nous n'avons pu saisir le mécanisme de leur application. Quoi qu'il en soit, les avantages de ces instrumens paraissent avoir été reconnus par M. Dupuytren, qui s'en est servi avec succès sur un malade.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1830.

Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë observée chez l'adulte; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.* (IV.e et dernier article.)

Résumé général. Histoire de l'hydrocéphale aiguë chez l'adulte.

EN suivant la marche exposée dans le tableau précédent, voici les résultats généraux auxquels peut conduire le rapprochement de nos observations :

1.° *Prédispositions et causes.* — La grande majorité des malades mentionnés dans ces observations étaient adultes ou adolescens; le terme moyen de leur âge était de 15 à 18 ans, d'où il suit que l'hydrocéphale aiguë n'est point une affection propre à l'enfance, comme l'ont avancé quelques auteurs, bien qu'elle soit plus fréquente à cet âge que dans les âges suivans. Nous manquons au reste de point de comparaison à cet égard, nos observations ne concernant que des individus adultes.

Cette maladie à l'état de simplicité ou de complication a sévi d'une manière à-peu-près égale sur les individus des deux sexes; douze appartenant au sexe mascu-

lin, et dix au féminin. Elle s'est développée le plus souvent sans l'intervention d'une cause évidente, en vertu d'une prédisposition dans laquelle le tempérament lymphatique paraît avoir joué un certain rôle; car ce tempérament a existé, d'après nos observations, d'une manière plus ou moins tranchée, dans la proportion de quinze à sept. Cette influence constitutionnelle devient encore plus probable quand on considère que, parmi ces malades, sept étaient atteints concurremment d'affections reconnues comme étant le triste apanage du tempérament lymphatique, savoir : six (*Observ.* XIe, XIIe, XVIe, XVIIe, XVIIIe, XXVIe) ayant des tubercules ou des granulations tuberculeuses dans un ou plusieurs organes, et le septième (*Obs.* XVe) une tumeur blanche de nature scrofuleuse.

Dans deux cas l'hydrocéphale aiguë est survenue chez de jeunes filles à l'époque de la puberté; lorsque la conformation et le développement des sujets semblaient nécessiter l'éruption du flux menstruel (*Obs.* V.^e), ou que des annonces de sa prochaine apparition s'étaient déjà manifestées (*Obs.* IVe). Ce retard dans l'exercice d'une fonction temporaire, mais importante, nous semble avoir favorisé dans ces deux cas, le développement d'une congestion qui devait se passer ailleurs que dans l'encéphale. Nous en dirons autant de la suppression du flux menstruel et d'un épistaxis ancien, notée dans les observations XVIIe et XXVIIe, et de l'emploi des bains de vapeur très-chauds, indiqué dans l'observation XVIIIe L'ampleur du crâne (*Obs.* Ire), le développement précoce de l'intelligence (*Obs.* XXIVe) annonçant en général une suractivité cérébrale, sont des conditions qui, seules, ou réunies à d'autres, semblent encore favorables à la production de cette maladie. Mais de toutes ces causes, celles qui sont comprises dans la IVe section de nos observations sont également celles dont

on révoquera le moins en doute l'existence, étant en quelque sorte matérielles et palpables; telles sont une ponction faite au crâne dans un cas d'hydrocéphale congéniale (*Obs.* XIII.ᵉ), une plaie de tête (*Obs.* XIV.ᵉ), le développement de productions étrangères, de granulations à la surface des méninges (*Obs.* XVIᵉ, XVII.ᵉ, XVIII.ᵉ) ou de tumeur accidentelle dans le crâne (*Obs.* XX.ᵉ). Ces causes déterminantes, mais non constitutives, de l'hydrocéphale aiguë agissent évidemment, soit en portant directement l'irritation dans les cavités du cerveau, soit en produisant une irritation plus ou moins aiguë et fixée primitivement dans un autre point de cet organe, mais qui se propage dans ces mêmes cavités par raison de voisinage, ou par suite de la communication que les prolongemens des méninges établissent entre les ventricules et l'extérieur du cerveau. Telles sont les causes plus ou moins apparentes, plus ou moins vraisemblables de l'hydrocéphale aiguë chez l'adulte, éloignant celles dont nos observations ne nous fourniraient pas la preuve ou la présomption, afin de circonscrire notre sujet dans une simple déduction de faits que le lecteur pourra vérifier lui-même.

2.° *Invasion, symptômes.* — Le mode d'invasion de l'hydrocéphale aiguë a présenté assez d'uniformité chez la plupart des malades qu'il nous a été donné d'observer au début même de cette affection. Le premier symptôme indiqué par ces malades était une céphalalgie plus ou moins intense qui s'est accrue de jour en jour, et sur laquelle nous reviendrons bientôt. A la céphalalgie se sont joints des vomissemens plus ou moins répétés; mais ce phénomène n'a pas été aussi constant et aussi durable que le premier; il a manqué dans plusieurs cas, et plus souvent, proportion gardée, dans l'hydrocéphale aiguë secondaire ou compliquée (*Obs.* XIV.ᵉ, XVIII.ᵉ), que

dans l'hydrocéphale simple (*Obs.* I.re); il ne s'est pas étendu au-delà de la première période de cette maladie. Ces vomissemens, qui pourraient en imposer pour une affection gastrique primitive et essentielle; ce sur quoi il faut être en garde, attestent l'étroite sympathie qui existe entre le cerveau et l'estomac, sympathie à la production de laquelle le nerf pneumo-gastrique n'est probablement point étranger. Dans cette première période, on observe pareillement, mais d'une manière plus inconstante encore, de la tendance à l'assoupissement (*Obs.* I.re, IV.e, XVII.e), ou bien une insomnie continuelle (*Obs.* V.e), d'autres fois un délire passager (*Obs.* VI.e, X.e, XVIII.e), une lourdeur, une apathie générale (*Obs.* XI.e), des douleurs spontanées dans les membres inférieurs (*Obs.* VIII.e), ou même à l'épigastre (*Obs.* IV.e) des élancemens dans la longueur du rachis (*Obs.* V.e); enfin, quelques autres phénomènes liés aux troubles de l'innervation, tels que du mâchonnement, des grincemens de dents (*Obs.* IV.e), phénomènes devant bientôt se produire d'une manière plus tranchée à mesure que la maladie fait des progrès. C'est alors que l'hydrocéphale aiguë, arrivée à sa deuxième période, se dessine par les caractères les moins équivoques. Afin de ne rien omettre d'important dans leur exposition, nous allons passer successivement en revue les plus essentiels.

1.° En première ligne se place cette céphalalgie initiale, que nous n'avons fait qu'indiquer; elle doit être étudiée à raison de son importance, sous le rapport de son étendue, de sa nature, de sa durée et des modifications qu'elle peut subir dans le cours de la maladie : bornée quelquefois à la région frontale (*Obs.* V.e), ou bien se faisant sentir principalement en ce point (*Obs.* XVI.), cette céphalalgie est le plus souvent répartie dans toute la cavité du crâne (*Obs.* Ire, IV.e, XV.e, XVIIe.), et l'on conçoit qu'il doit en être ainsi en réfléchissant au siége de la maladie et à

ses effets, qui tendent à établir une compression dans toute la masse cérébrale ; aussi plusieurs malades comparent-ils cette douleur à celle qui résulterait de l'application d'un bandeau serré autour de la tête. (*Obs.* IV.ᵉ XVII.ᵉ). Chez la plupart elle est aiguë, vive, parfois lancinante, et presque toujours exacerbante, c'est-à-dire qu'elle se calme par momens, pour reparaître bientôt avec une nouvelle intensité. Alors on observe plusieurs phénomènes qui se rattachent à cette céphalalgie, mais qui ne sont pas constans et paraissent propres aux sujets les plus jeunes et les plus sensibles ; ce sont des alternatives de rougeur et de pâleur de la face (*Obs.* IV.ᵉ) qui semblent correspondre aux exacerbations et aux rémissions de la douleur ; des soupirs profonds et involontaires, des cris aigus, perçans, instantanés, des exclamations *ha ! hélas ! la tête !* interrompues par quelques mots qui rappellent des souvenirs chers aux malades, *maman, papa* (*Obs.* IV.ᵉ, V.ᵉ, XVI.ᵉ) ; parfois des mouvemens de rotation de la tête, qui se tourne alternativement à droite et à gauche sur l'oreiller (*Obs.* IV.ᵉ, XV.ᵉ) ; presque toujours en même temps de l'agitation dans le tronc et les membres, d'où résulte un changement continuel de position (*Obs.* XVI.ᵉ). Cette manifestation particulière de la douleur de tête a été regardée comme un des caractères les plus constans de l'hydrocéphale aiguë ; les cris dont elle s'accompagne ont surtout paru des plus significatifs ; de là vient l'épithète d'*hydrencéphaliques*, qu'on leur a donnée ; mais, comme nous l'avons dit, ces cris ne s'observent pas dans tous les cas, et d'ailleurs ne sont pas exclusivement propres à l'hydrocéphale aiguë (*Obs.* XXI.ᵉ, XXII.ᵉ).

A mesure que la maladie fait des progrès, la céphalalgie devient de plus en plus obscure ; ses redoublemens n'ont lieu qu'à de longs intervalles et dans les momens où

les malades paraissent encore jouir de la plénitude de leurs facultés. Enfin, elle cesse entièrement dans la période comateuse, non qu'il n'y ait encore des causes suffisantes pour la produire, elles sont au contraire devenues plus intenses, et ont fini par anéantir la sensation douloureuse et ses moyens de manifestation, différence importante que présentent les maladies désorganisatrices du cerveau comparées à celles des autres viscères. Les premières, en effet, à raison de leur siége dans le centre des perceptions, ne peuvent être douloureuses qu'autant que le matériel de l'organe n'est point altéré profondément, et de manière à détruire en lui la faculté de sentir, tandis que les secondes peuvent exister jusqu'à la fin avec conscience de la part de l'individu, et manifester au dehors des irradiations perçues par un cerveau apte à les recevoir et à les communiquer.

2.° *Troubles des facultés intellectuelles et de celles de rapport.* — Ces troubles, parmi lesquels on devrait le plus espérer de trouver les caractères distinctifs de l'hydrocéphale aiguë, puisqu'ils sont des effets directs et immédiats de l'organe en souffrance, se présentent néanmoins sous la même forme que ceux de beaucoup d'autres maladies cérébrales, avec cette différence, toutefois, que, dans l'hydrocéphale aiguë, il y a tendance prononcée, même dès le début, à l'anéantissement plutôt qu'à la perturbation des fonctions du cerveau. Ainsi, on ne remarque point communément de délire, et surtout de ce délire violent et continu propre à certaines méningites, ou méningo-céphalites. On observe seulement et parfois quelques divagations passagères (*Observ.* I.re, XI.e, XVIII.e), quelques hallucinations, telles que l'aspect de fantômes effrayans (*Obs.* I.re), un tournoiement désagréable, étourdissant et nauseux des objets environnans (*Obs.* XVII), une obscurité et une confusion de la vi-

sion qui semble décomposer ces objets et les fait paraître doubles ou triples (*Obs.* V.ᵉ), ou donne la sensation de corps qui n'existent point réellement, et invite les malades à les saisir (*Obs.* II.ᵉ et IV.ᵉ). A ce phénomène carphologique se rattachent les mouvemens automatiques par lesquels ces mêmes malades tiraillent continuellement leurs couvertures en les rapprochant de la tête (*Obs.* I.ʳᵉ, IV.ᵉ, X.ᵉ), ou bien portent leurs doigts à l'entrée des narines comme pour les nettoyer, ou les font glisser les uns sur les autres, les étendant et les fléchissant de diverses manières (*Obs.* X.ᵉ). De bonne heure le moral de ces malades est altéré, ils sont d'une humeur fâcheuse, aigre et criarde, ce qui se remarque principalement quand on leur adresse quelque question ou qu'on les soumet à quelque déplacement, quelque attouchement; cette susceptibilité les rend désagréables, peu accommodans, peu sensibles aux soins qu'on leur prodigue. Leur attention est peu soutenue (*Obs.* V.ᵉ), ils deviennent oublieux, taciturnes, et tombent enfin dans un assoupissement plus ou moins profond, çà et là interrompu par quelques momens de réveil, et dans une sorte d'anéantissement avec perte de connaissance, d'abord incomplète et susceptible de variations en plus et en moins, et même de retours inespérés jusqu'aux approches de la mort, de telle sorte qu'il y a encore plutôt obstacle à la manifestation des facultés intellectuelles et de celles de rapport, qu'abolition de ces mêmes facultés. Aussi, certains malades qui semblaient plongés dans un coma profond et irrévocable, deviennent quelquefois un objet de surprise, quand, tout-à-coup, on les voit sortir de leur léthargie et répondre sensément à quelques questions (*Obs.* IV.ᵉ, V.ᵉ, VIII.ᵉ, X.ᵉ), ou bien paraître tantôt entièrement stupides et se refuser obstinément à toute réponse, tantôt s'ouvrir aux impressions extérieures et proférer quelques paroles en

rapport avec la question qui leur est adressée. Ces variations des phénomènes cérébraux, en opposition avec les effets probables d'une lésion censée constamment la même, ou qui plus est va en croissant, peuvent être, de la part des médecins inexpérimentés, la source de jugemens contraires à des époques très-rapprochées, soit qu'ils estiment la maladie plus grave qu'elle ne l'est réellement, soit qu'ils prennent de l'espoir au moment même où le terme fatal approche. Mais bientôt un carus profond, avant-coureur de la mort, succède à ces espèces d'intermittences qu'on n'observe pas généralement dans les autres maladies cérébrales, mettant à part l'influence du traitement.

3.° *Troubles de la motilité et de la sensibilité.* — Peu de temps après l'invasion des symptômes de l'hydrocéphale aiguë, lorsque la maladie entre dans sa seconde période et que l'on peut présumer que l'épanchement commence à se former dans les ventricules, on observe une diminution notable dans la force musculaire, sans que la sensibilité participe d'abord à cet état : les membres semblent engourdis et frappés de paralysie; soulevés, ils retombent par leur propre poids, obéissant aux lois de la pesanteur comme des masses inertes; mais dès qu'on les excite par le pincement, on provoque en eux des mouvemens plus ou moins étendus, de façon qu'il y a, comme dans les facultés intellectuelles, plutôt suspension qu'abolition d'action, et ce qui complète cette ressemblance, c'est que cette espèce de paralysie est susceptible de varier, comme ces facultés, en plus et en moins (*Obs.* Ire et V.^e), et ne devient complète qu'aux approches de la mort. Cet accord de phénomènes, propres à des fonctions distinctes, n'a rien d'étonnant quand on considère que ces fonctions puisent directement ou indirectement toute leur activité dans un même organe, le

cerveau, dont la souffrance se réfléchit dans un mode analogue sur l'intellect et la motilité. Le plus ordinairement, cette espèce de paralysie est répartie à degré égal sur les deux moitiés du corps, sur les membres du côté droit comme sur ceux du côté gauche; elle dépend, en effet, d'un travail morbide qui atteint également l'un et l'autre hémisphère cérébral, qu'elle soit due à l'épanchement des ventricules ou bien à l'inflammation et au ramollissement de leurs parois. Mais il arrive quelquefois que la paralysie prédomine dans un côté du corps, ou même n'existe que d'un seul côté; ce qui nous a paru tenir au partage inégal du liquide contenu dans les cavités ventriculaires, partage qui peut survenir dans deux circonstances différentes mentionnées dans nos observations. Dans un cas (*Obs.* XIX), le liquide s'est formé en plus grande abondance dans un des ventricules latéraux que dans l'autre : de là une compression plus forte sur l'un des hémisphères cérébraux, et par suite une paralysie devenue manifeste à ce degré de compression sur le côté opposé du corps. Dans un autre cas (*Obs.* IV.e), le même effet a eu lieu, parce que, la cloison interventriculaire étant ramollie et détruite, le liquide, contenu d'abord en égale quantité dans chaque ventricule, a pu refluer dans un seul en totalité ou en partie, distendre et comprimer davantage une de ces cavités que l'autre, favorisé dans cette action par l'inclinaison latérale de la tête et la position déclive d'un des ventricules. Cette action est d'autant plus probable, que l'hémiplégie a cessé ou plutôt s'est amoindrie, comme nous l'avons vu, lorsque la tête, reposant sur l'occiput, a repris une position propre à faire disparaître cette inégalité de compression. Cette remarque pourrait servir à indiquer pendant la vie le ramollissement et la destruction de la cloison interventriculaire, et jusqu'à un certain point l'époque à

laquelle cette destruction s'opère. Nous ne pensons pas, toutefois, qu'il suffise de tourner la tète du malade à droite ou à gauche pour développer aussitôt une hémiplégie dans ces circonstances; car la compression qui détermine cette paralysie agit lentement et à un faible degré: il faudrait pour cela que la tête restât pendant un certain temps dans l'une ou l'autre de ces positions; il peut se faire d'ailleurs que la cloison soit profondément ramollie et détruite, quoique les ventricules contiennent très-peu de liquide (*Obs.* X.e et XI.e), et l'on ne peut alors s'attendre à voir paraître une hémiplégie par compression, bien qu'on donne à la tête la position voulue.

Quoi qu'il en soit de ces remarques qui attendent encore de nouveaux faits, il est encore, dans les troubles de la motilité, quelques autres phénomènes importans à étudier, mais qui appartiennent plutôt aux complications de l'hydrocéphale aiguë qu'à cette maladie elle-même, considérée comme siégeant uniquement dans les ventricules cérébraux; nous voulons parler des rigidités musculaires qu'on observe assez souvent dans le cou, le tronc et les avant-bras. Presque toujours elles surviennent quand, à l'épanchement des ventricules, se joint une méningite environnant la base du cerveau ou l'origine de la moelle épinière. (*Obs.* IV.e, VII.e, VIII.e, IX.e, X.e, XII.e, XIV.e). Alors la tête se renverse légèrement en arrière, on éprouve une certaine difficulté à la porter en avant, et ce mouvement produit une douleur manifestée par des cris ou quelque altération dans l'expression de la face. Quelquefois le tronc participe lui-même à cette rigidité, et devient inflexible comme dans certains tétanos (*Obs.* VII.e en particulier). Mais ces rigidités peuvent manquer, bien qu'il existe une méningite à la base du cerveau (*Obs.* XI.e), ou bien être portées à un haut degré, quoiqu'on ne trouve aucune altération phlegmasique

dans les méninges de la base (*Obs.* Ire et IIe). Il est à remarquer, du reste, que ces rigidités ne surviennent communément que vers la fin de la deuxième période de l'hydrocéphale aiguë, lorsque déjà les principaux symptômes de cette maladie se sont manifestés; d'où l'on est porté à conclure que la phlegmasie des ventricules cérébraux a l'initiative, et que plus tard elle se propage aux méninges extérieures, et de préférence à celles de la base qu'à celles de la convexité du cerveau, parce que, sans doute, les prolongemens de ces membranes dans les ventricules (plexus choroïdes et toile choroïdienne), servant de conducteurs à l'inflammation, aboutissent directement à la base et non à la convexité du cerveau.

4.° *Expression de la face.* — L'expression de la face, assez naturelle dans la première période de l'hydrocéphale aiguë, ne prend un caractère de souffrance que dans les momens où la céphalalgie se fait sentir avec violence; alors les traits se contractent, les sourcils se froncent, les paupières se rapprochent comme pour éloigner des yeux l'impression fatigante de la lumière (*Obs.* V.^e et XVIe). Plus tard la face devient en quelque sorte taciturne et concentrée, et prend ensuite l'expression de l'indifférence, de la stupeur, de l'idiotisme, expression qu'elle doit en grande partie à l'immense dilatation que présentent ordinairement les pupilles; on dirait alors que les malades ouvrent de grands yeux, immobiles et indifférens pour tout ce qui les entoure. Quelquefois on remarque, sur les côtés de la lèvre supérieure, deux sinuosités obliques qui semblent tirailler la lèvre et mettre à découvert l'arcade dentaire supérieure, en faisant grimacer douloureusement le bas de la face (*Obs.* IVe, V.^e, X.^e et XXVIe). Ces caractères physiognomoniques, auxquels nous n'attachons qu'une valeur secondaire, se sont néanmoins reproduits assez souvent dans nos observations,

pour que nous n'ayons pas cru devoir les passer sous silence.

5.° *Etat des yeux.* — Mais de toutes les parties de la face, celles qui fournissent à l'observateur les données les plus importantes dans l'hydrocéphale aiguë, sont les organes de la vision. Leur voisinage et leurs connexions anatomiques avec le cerveau en font souvent des images fidèles de la souffrance de ce viscère. 1.° Quelquefois les conjonctives sont injectées, rougeâtres, agglutinées par une chassie épaisse, ce qui se remarque principalement dans les cas où la congestion hydrencéphalique est plutôt sanguine que séreuse (*Obs.* VIII.e), ou bien lorsque la méningite prédomine sur les altérations des ventricules (*Obs.* X.e et XII.e). 2.° Les pupilles offrent souvent une dilatation remarquable, que nos observations portent à regarder comme le symptôme le plus caractéristique de l'hydrocéphale aiguë, lorsque cette dilatation se présente escortée des autres phénomènes de cette maladie, et qu'elle suit les modifications que nous allons indiquer : variable, quant à son degré, quelquefois inégale entre les deux yeux (*Obs.* I.re, XII.e, XVII.e), ce n'est guère que dans la deuxième période de la maladie qu'elle devient bien apparente; elle ne s'accroît point alors graduellement d'un jour à l'autre, mais offre souvent des variations en plus et en moins, et n'est portée à son *summum* d'amplitude qu'aux approches de la mort, effet analogue à celui qui se passe dans les troubles de la motilité et des facultés intellectuelles. 3.° Les mouvemens de l'iris suivent de nécessité la même marche, puisque ce sont eux qui déterminent la grandeur des pupilles; mais ils présentent encore un autre phénomène d'alternatives en plus et en moins, d'autant plus remarquable que ces alternatives se succèdent d'un moment à l'autre. Ce phénomène, signalé par Odier de Genève, se manifeste

principalement lorsqu'on soumet l'œil à l'action d'une lumière artificielle; on voit alors le petit cercle de l'iris se resserrer plus ou moins brusquement, puis se dilater et présenter successivement, et pendant un temps plus ou moins long, plusieurs oscillations de même nature, lesquelles vont graduellement en diminuant de force et d'étendue, comme un pendule qui tend à se mettre en repos. Il semble que l'iris a perdu, comme le dit M. Boyer pour certains cas d'amaurose, la faculté de maintenir ses contractions, et de proportionner son ouverture à l'intensité de la lumière qui la frappe, ou mieux il semble que la rétine conserve encore assez de sensibilité pour faire obéir momentanément l'iris, mais non suffisamment pour fixer les contractions de ce voile mobile, en les proportionnant au degré de lumière qui pénètre dans l'œil. Ce mouvement oscillatoire n'est point, au reste, constant, ni propre à l'hydrocéphale aiguë et à toutes ses périodes, car l'iris devient entièrement immobile dans les derniers temps, et l'on observe quelquefois cette oscillation dans des maladies cérébrales différentes de la précédente (*Obs.* XXIIIe), et même à un certain degré sur des individus bien portans qui ont les yeux *faibles* et sensibles. Au reste, bien que la dilatation des pupilles soit plus constante et paraisse dépendre de la compression exercée par l'épanchement dans les ventricules cérébraux, elle peut manquer, quoique cet épanchement soit très abondant (*Obs.* VIIIe), ou bien se montrer avec un épanchement très-médiocre (*Obs.* XIIe) 4.° Les yeux, dans leur ensemble, fournissent encore quelques renseignemens utiles; on les voit quelquefois déviés simultanément ou isolément de leur direction naturelle, agités de mouvemens convulsifs qui les portent, tantôt en haut, tantôt en bas, à droite ou à gauche, ou successivement dans des sens intermédiaires, comme s'ils étaient en rotation. Ces

mouvemens s'observent principalement dans l'hydrocéphale aiguë avec méningite de la base, ou complications d'autre altération cérébrale. (*Obs.* IV.e, V.e, XV.e)

6.e *Sécrétions et respirations.* — Ces fonctions paraissent se conformer à l'état d'engourdissement et d'inertie qui s'observe dans la deuxième et troisième périodes de l'hydrocéphale aiguë; les sécrétions sont ordinairement ralenties ou diminuées, les sueurs et les urines rares, les selles peu abondantes, à moins qu'elles ne soient provoquées ou qu'il n'y ait complication d'irritation intestinale (*Obs.* XVI.e). La respiration est lente, douce, tranquille, et s'opère sans bruit, sans dilatation apparente du thorax (*Obs.* IV.e, VI.e); ce calme est assez souvent interrompu par des saccades dans l'élévation de la poitrine et par des soupirs involontaires (*Obs.* IV.e, V.e, XVII.e), comme s'il y avait manque d'air dans les poumons, comme si le besoin de l'hématose se faisait sentir et que les malades cherchassent à y suppléer par de profondes inspirations. Sur la fin, la respiration s'embarrasse, devient stertoreuse (*Obs.* I.re, II.e, V.e, VI.e, VIII.e, XI.e, XVII.e); l'innervation nécessaire au jeu de cette fonction se suspend, un gargouillement bronchique se fait entendre, la mort approche.

7.e *Circulation, calorification.* — Comme on est généralement habitué à juger de l'intensité d'une inflammation par l'activité des sympathies qu'elle développe, sympathies au nombre desquelles se placent en première ligne la fréquence du pouls et l'élévation de la température de la peau; loin de ranger l'hydrocéphale aiguë dans la classe des inflammations, on serait au contraire porté à la regarder comme une affection essentiellement anémique et débilitante; car le pouls est notablement lent, faible, inégal dans les premières périodes de cette maladie, et la température de la peau non fébrile, ou même au-dessous de

l'état naturel ; on dirait que le cœur manque de force pour répandre le sang dans toutes les parties du corps, et disséminer avec lui la chaleur et la vie. Ces effets, entièrement conformes à ce qui se passe dans la plupart des autres symptômes de l'hydrocéphale aiguë, doivent être rapportés à la compression produite sur le cerveau par la congestion dont il est le siége et par l'épanchement qui se forme dans ses cavités, compression qui semble annihiler l'influence du stimulus inflammatoire, et fait même descendre l'innervation au-dessous de son type normal; mais plus tard, on voit le cœur augmenter successivement le nombre de ses battemens, la température de la peau s'accroître dans les mêmes proportions jusqu'à l'état fébrile le plus complet, soit que la compression devienne plus supportable pour le cerveau, soit qu'il se développe secondairement dans sa substance des ramollissemens ou d'autres altérations qui font prédominer les effets de la stimulation sur ceux de la compression Quoi qu'il en soit, la lenteur (1) du pouls appartient essentiellement, comme nous l'avons dit, à la deuxième période de l'hydrocéphale aiguë; nous l'avons observée dès le sixième jour de l'invasion de cette maladie (*Obs.* IV.[e]); nous ne saurions

(1) Nous croyons important d'avertir ici, afin d'éviter toute équivoque, que, par inadvertance, nous avons pris l'expression de *pouls lent* dans le sens que les séméiologistes ont attaché au *pouls rare*, celui dans lequel le nombre des pulsations artérielles est, dans un temps donné, moindre que dans l'état naturel. Cette omission aurait du reste été facilement corrigée par le lecteur, d'après le soin que nous avons eu d'indiquer numériquement ces pulsations pour chaque cas particulier. Cette rectification en exige une autre que voici : c'est que, dans l'hydrocéphale aiguë, le pouls est à-la-fois *rare* et ordinairement *vite*, chaque pulsation s'exécutant avec promptitude, séparées les unes des autres par un intervalle de repos quelquefois tellement long, qu'on attend avec une sorte d'inquiétude le renouvellement des battemens artériels, comme si la circulation était sur le point de se suspendre.

dire (ce qui ne nous paraît pas probable) si elle existe à une époque antérieure, n'ayant pas eu occasion d'observer les malades à cette époque. Cette lenteur est presque constante, et parmi nos observations elle n'a manqué que dans un cas où il y avait complication d'entérite (*Obs.* XVIe), mais elle n'est point particulière à l'hydrocéphale aiguë (*Obs.* XXIIe, XXIIIe, XXIVe); on la remarque encore dans quelques autres affections cérébrales, telles que l'apoplexie, la commotion, l'hypertrophie du cerveau (*Obs.* XXIe), et quelquefois dans l'ictère; elle est même naturelle chez quelques individus. Ce ralentissement de la circulation est quelquefois tel que le pouls descend à 57, 56, 55, 50, 40, 35 pulsations par minute chez des individus adultes (*Obs.* V.^{e}, Ire, XIIe, IVe, XVIIe); il devient en même temps petit, faible, et assez souvent inégal, irrégulier, intermittent, et variable du soir au matin (*Obs.* IVe, V.^{e}, XIIe, XVIIe); il semble que le cœur est dans la léthargie comme le cerveau, et présente des intermittences de fonction, des alternatives passagères d'action et de repos, comme celles que nous avons indiquées pour l'iris et le système locomoteur; mais de jour en jour le pouls s'éloigne de cette lenteur; il acquiert successivement quelques pulsations de plus, et passe, après quelques variations, de 50 à 60, 80, 100, et même 140, 160 battemens par minute; il est à observer qu'il perd ses irrégularités à mesure qu'il devient fréquent (*Obs.* IVe, V.^{e}, XIIe, XVIIe); c'est ordinairement lorsque le coma est survenu que le nombre de ses pulsations est le plus considérable. On dirait que le cerveau, déjà mort pour l'organisme, n'enchaîne plus alors les mouvemens du cœur, et que ceux-ci se pressent de gagner en fréquence ce qu'ils avaient perdu en lenteur : peut-être cette accélération progressive de la circulation dépend-elle des ramollissemens qui s'opèront et s'accroissent successivement dans

les ventricules cérébraux sur leurs parois ou leur cloison; altérations qui, portées au plus haut degré vers la fin de la maladie, donnent au pouls une fréquence considérable, tandis que, nulles ou peu marquées au début, elles n'influencent point encore le cœur? Cette opinion a pour elle l'analogie de ce qui se passe dans l'hémorrhagie cérébrale; lorsque les parois du foyer sanguin viennent à s'enflammer et qu'un ramollissement succède à l'épanchement, alors, comme dans l'hydrocéphale aiguë, le pouls, de lent, devient fréquent, et la fièvre, qui était nulle, se déclare avec une certaine violence. S'il en est ainsi, l'appréciation du pouls doit mériter une certaine importance comme moyen de diagnostic dans l'hydrocéphale aiguë, sa lenteur indiquant un épanchement, sa fréquence un ramollissement; le pronostic tirera de ces connaissances plus de certitude, et l'on concevra comment on peut obtenir une guérison avant que cette fréquence ne soit survenue (*Obs.* XXVI.e, XXVII.e), et pourquoi il faut se hâter de combattre la maladie avant cette époque; car plus tard la guérison exigerait en quelque sorte la renovation de portions cérébrales désorganisées ou détruites.

3.° *Marche, durée, terminaisons.* — Après avoir passé en revue les principaux symptômes de l'hydrocéphale aiguë, exposé les modifications qu'ils subissent dans le cours de la maladie, enfin apprécié la valeur de chacun d'eux, nous allons dire quelques mots de la marche générale de cette affection, de sa durée, de ses terminaisons, et nous paserons ensuite à l'étude de ses complications.

On peut lui reconnaître avec la plupart des auteurs trois périodes assez distinctes, dans chacune desquelles les symptômes se nuancent d'une manière particulière. La première, correspondant à l'invasion, est caractérisée par la céphalalgie et les vomissemens, accompagnés de troubles nerveux quelquefois très-variés; sa durée est plus ou moins longue,

et ne s'étend pas généralement au-delà de six, huit à dix jours. Dans la deuxième, les vomissemens cessent, la céphalalgie s'éloigne, devient obscure, et ne se fait bientôt plus sentir. On observe une tendance marquée à l'assoupissement, avec inertie des facultés intellectuelles, diminution de la force musculaire, dilatation et oscillation des pupilles, lenteur du pouls, sans chaleur fébrile à la peau. Cette période est ordinairement plus longue que la précédente. Enfin, la troisième, la plus courte de toutes, est annoncée par l'accélération croissante du pouls en opposition avec sa lenteur précédente, l'abolition complète des fonctions de relation, suivie d'un coma profond et d'une résolution générale. Ces trois périodes se succèdent en général d'une manière assez régulière, au moins chez l'adulte; tantôt plus lentes, tantôt plus rapides, elles laissent ordinairement assez d'intervalle entre elles pour qu'on puisse les distinguer; mais quelquefois leur marche est tellement prompte, qu'elles semblent se confondre (*Obs.* VIIIe). La durée moyenne de la maladie est, d'après le relevé de nos observations, de quinze à dix-huit jours; mais nous l'avons vue se prolonger jusqu'au vingt-neuvième (*Obs.* Ire), et se terminer par la mort dès le cinquième (*Obs.* VIIIe). La mort est incontestablement la terminaison la plus fréquente de l'hydrocéphale aiguë; mais il existe quelques cas de guérison dans les première et deuxième périodes, guérisons que les analogies portent à regarder comme réellement applicables à cette maladie: nous avons vu dans un cas (*Obs.* XXVIe) la nature travailler à cette heureuse terminaison en produisant une crise favorable sur les parotides.

4.° *Complications.* — Les unes sont primitives et paraissent être causes de la maladie; les autres n'en sont que des effets ou des concomittances. 1.° Aux premières appartiennent toutes les altérations du cerveau ou de ses

membranes, toutes les productions accidentelles qui peuvent établir dans l'encéphale un mouvement congestionnel lent ou rapide, continu ou intermittent, et favoriser secondairement l'hydropisie aiguë des ventricules cérébraux; tels sont les tubercules ou granulations miliaires de la pie-mère (*Obs.* XVI.e, XVII.e, XVIII.e), les tumeurs siégeant dans le crâne, et comprimant ou irritant le cerveau (*Obs.* XX.e), les ramollissemens de cet organe (*Obs.* XIV.e), les abcès (*Obs.* XV.e), les épanchemens sanguins (*Obs.* XVII.e, XVIII.e) Ces complications forment elles-mêmes autant de maladies distinctes dont les symptômes, se confondant avec ceux de l'hydrocéphale aiguë, rendent le diagnostic de cette affection extrêmement obscur, de telle sorte que ses caractères principaux peuvent manquer, la céphalalgie, par exemple (*Obs.* XIV.e); que sa marche peut être bien différente de celle que nous avons indiquée, sa durée plus rapide ou plus prolongée, sa terminaison quelquefois instantanée au milieu d'un accès convulsif (*Obs.* XVIII.e, XV.e). Mais d'autres fois ces complications, peu graves en elles-mêmes, permettent aux symptômes de l'hydrocéphale aiguë de se développer librement; ils se rapprochent alors par leur forme et leur succession de ceux dont nous avons parlé (*Obs.* XVI.e, XVII.e)

2.° Parmi les complications de la deuxième espèce, il en est une qui est tellement fréquente (*Obs.* IV.e, VI.e, VII.e, VIII.e, IX.e), et quelquefois tellement prédominante (*Obs.* X.e, XI.e, XII.e), qu'elle semble faire partie nécessaire de la maladie, ou même en être l'élément principal : nous voulons parler de l'inflammation des méninges situées à la base du cerveau, autour du cervelet, et quelquefois à l'origine de la moelle épinière. Si nous la rangeons parmi les complications, c'est que nous l'avons vue manquer complètement, bien que les symptômes de l'hy-

drocéphale aiguë se fussent manifestés dans toute leur plénitude (*Obs.* I.re, II.e); cette inflammation n'est au reste qu'une extension de celle qui existe primitivement dans les ventricules cérébraux, comme nous l'avons dit ailleurs; mais on conçoit qu'elle puisse avoir à son tour l'initiative, et se propager ensuite dans les ventricules, où elle détermine les lésions propres à l'hydrocéphale. Quoi qu'il en soit, cette complication obscurcit moins le diagnostic de la maladie que celles dont il a été parlé plus haut, et se reconnaît principalement aux rigidités qui surviennent en diverses régions du corps, le cou, le tronc, les avant-bras.

3.° Une autre complication importante à connaître consiste dans le développement, soit primitif, soit secondaire ou concomittant de phlegmasies situées ailleurs que dans le centre cérébral, et notamment dans les organes digestifs, bien qu'elle ne se soit présentée à notre observation qu'un petit nombre de fois (*Obs.* VII.e, VIII.e, XI.e, XIX.e), étant peut-être plus commune chez les enfans que chez les adultes; on ne saurait y donner trop d'attention dans une maladie où l'on cherche généralement à faire du canal intestinal une surface de révulsion. L'observation XIX.e prouve que ce canal étant même présumé sain, on ne peut faire toujours impunément une médication de cette nature. Cette complication, du reste, modifie davantage les symptômes de l'hydrocéphale aiguë que la précédente; elle rend la peau sèche et chaude, la langue rouge; elle donne lieu à la soif, au dévoiement, et quelquefois à la fréquence du pouls (*Obs.* XVI.e)

4.° Une dernière complication, dont nos observations font encore foi, consiste dans la co-existence assez fréquente de maladies scrofuleuses ou lymphatiques avec l'hydrocéphale aiguë, savoir : des tubercules nombreux dans les poumons ou autres organes (*Obs.* XI.e, XII.e,

XVI.e, XVII.e, XXVI.e), des engorgemens scrofuleux autour des articulations (*Obs.* XV.e).

5.° *Diagnostic.* — Quoique nous ayons exposé dans les considérations précédentes les donuées principales sur lesquelles doit se fonder le diagnostic, il ne sera pas inutile d'y revenir d'une manière plus spéciale, moins dans l'espoir d'éclairer davantage cette partie importante de l'histoire de l'hydrocéphale aiguë, que pour en faire sentir les difficultés. Tous les symptômes que nous avons étudiés successivement sont ici nécessaires pour s'éloigner de l'erreur et s'approcher de la vérité. On ne doit pas les considérer isolément, et donner à quelques-uns une valeur absolue : il faut au contraire les apprécier collectivement et dans toutes leurs phases, toutes leurs modifications, depuis l'invasion jusqu'à la terminaison de la maladie. Cette opération complexe est au reste le seul moyen que nous ayons pour arriver à la notion précise du mal, dans les cas trop nombreux où nous manquons de signes pathognomoniques. En suivant cette marche, ce ne sera ni à la céphalalgie, ni aux troubles particuliers des facultés intellectuelles et de la motilité, ni à la dilatation des pupilles, les oscillations de l'iris, la lenteur du pouls, les inégalités de la respiration, que nous nous attacherons exclusivement; mais nous examinerons comment ces phénomènes se sont produits, enchaînés entre eux et modifiés dans le cours de la maladie (1). Si nous trouvons que la

(1) Il y a une analogie frappante dans le mode de production, la forme et la marche des principaux phénomènes de l'hydrocéphale aiguë, analogie que nous avons fait pressentir en divers endroits, mais dont il est utile de bien saisir l'ensemble et la généralité. Ainsi tandis que l'iris offre des mouvemens oscillatoires, des phénomènes semblables se manifestent dans la circulation, la respiration, les fonctions intellectuelles, celles de relation et de locomotion. En effet, les variations nombreuses que présente le pouls, sa len-

céphalalgie vive, exacerbante, étendue assez souvent à la totalité du crâne, et accompagnée de cris, de vomissemens sympathiques, fait place successivement à une sorte de lenteur et d'inertie des facultés intellectuelles et de la force musculaire, facultés qui, après quelques variations, dégénèrent en coma et en paralysie. Si, pendant ce temps, nous voyons les pupilles se dilater, quelquefois inégalement d'un jour à l'autre, mais parvenir en dernier lieu à une amplitude considérable, l'iris présenter des mouvemens oscillatoires, et plus tard devenir immobile, la respiration, calme d'abord, puis suspirieuse par momens, se changer sur la fin en une orthopnée laborieuse, le pouls

---

teur, ses irrégularités, plus tard sa fréquence; celles de la respiration qui est ordinairement calme, mais parfois inégale, saccadée, suspirieuse; les alternatives de lucidité et de torpeur, de calme et de perversion qu'on observe dans les facultés intellectuelles, celle de force et de faiblesse, de suspension et de retours inattendus qu'on remarque dans l'action musculaire, ne sont-elles pas de véritables oscillations du cœur, des poumons, du cerveau et des organes locomoteurs, qui, de même que l'iris, semblent se refuser et obéir tour-à-tour au principe de sensibilité qui les anime? Or, quoi de plus propre à produire ces effets qu'un épanchement dans les ventricules cérébraux, épanchement qui, variant en quantité et comprimant le cerveau sans le désorganiser, tend à enrayer le jeu de l'innervation, mais sans l'anéantir, et de manière à laisser encore assez de liberté à *l'influx nerveux* pour se répandre tantôt en plus, tantôt en moins sur les divers organes placés sous la dépendance de l'encéphale. Plus tard vient une époque où le cerveau fléchit sous le poids de la compression et se désorganise; alors plus d'oscillations dans les phénomènes hydrencéphaliques, qui, dès ce moment, prennent un accroissement successif : l'iris se dilate et reste immobile, le pouls acquiert une fréquence progressive, et bientôt cesse de battre; la respiration devient laborieuse et s'interrompt; le coma, la paralysie font des progrès croissans et se changent en un état irrévocable. Cette coordination de phénomènes qui, malgré leur nombre et leur variété, nous semblent tous marcher à l'unisson, se rencontre rarement dans les autres maladies cérébrales, et doit être prise en grande considération dans le diagnostic de l'hydrocéphale aiguë.

notablement lent, parfois irrégulier, inégal, acquérir plus tard une fréquence croissante jusqu'au moment de la mort; si nous joignons à toutes ces données celles que peuvent fournir l'expression de la face, le tempérament et la conformation du sujet, l'examen des causes, nous aurons réuni la somme des probabilités fournies par l'expérience, et nous pourrons conclure à l'existence de l'hydrocéphale aiguë, 1.° avec épanchement plus ou moins considérable dans les ventricules cérébraux, si les phénomènes de compression sont plus ou moins marqués, et surtout les pupilles plus ou moins dilatées; 2.° avec ramollissement des parois de ces cavités et de leur cloison, si l'excitation fébrile est très-forte vers la fin de la maladie; 3.° avec destruction de cette cloison, si la paralysie devient prédominante dans un côté du corps, par certaines positions de la tête, et cesse par une position inverse; 4.° enfin, avec méningite de la base du cerveau et méningite ou épanchement dans le canal rachidien, si une forte rigidité des régions cervicale ou dorsale est observée pendant la vie.

Mais examinons en peu de mots quelles sont les principales maladies qui pourraient simuler l'hydrocéphale aiguë, en donnant lieu à cet ensemble de symptômes ainsi rapprochés les uns des autres. Serait-ce l'apoplexie sanguine, dont l'invasion est subite, dont les phénomènes paralytiques sont portés d'abord au plus haut degré, et bornés ordinairement à un des côtés du corps? Le ramollissement cérébral, dont l'invasion est aussi quelquefois subite, quoi qu'on ait dit à cet égard, mais le plus souvent lente et graduelle, et qui donne lieu pareillement à une hémiplégie graduelle dans sa marche, avec fréquence plutôt que ralentissement de la circulation? La méningite simple de la convexité du cerveau, qui, loin d'anéantir les fonctions de cet organe, les trouble dans un mode

délirant et furieux? Les productions accidentelles développées dans le crâne, tubercules ou tumeurs de diverse nature, qui s'accroissent lentement, ne produisent d'abord que des phénomènes peu apparens, et donnent assez souvent lieu à des accès convulsifs qui se suspendent, se répètent, et déterminent quelquefois une mort subite? Non, dans la plupart des cas ces diverses maladies ne seront point confondues avec l'hydrocéphale aiguë; mais nous nous rappellerons avoir vu une méningo-céphalite bornée à la convexité du cerveau, en imposer, par la conformité de ses symptômes, pour une hydrocéphale aiguë (*Obs.* XXII.e); un double ramollissement de cet organe imiter par sa marche celle de l'hydrocéphale (*Obs.* XXIII.e); enfin, la plupart des symptômes de cette dernière affection n'avoir point de valeur représentative dans les altérations du cerveau. (*Obs.* XXIV.e) Nous ajouterons que l'hypertrophie de ce viscère est, de toutes les maladies cérébrales, celle dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de l'hydrocéphale aiguë. (*Obs.* XXI.e) Il n'existe guère en effet de caractère distinctif que dans la durée, la marche et le mode de terminaison de ces affections (1).

6.° *Pronostic.* — Il est des plus fâcheux; quelques cas rares de guérison peuvent à peine être opposés à la léthalité presque constante de cette maladie. En ne considérant que l'épanchement dans les ventricules cérébraux comme cause de mort, qui ne voit que cette cause est puissante et doit être estimée de la même manière que les autres épanchemens qui se forment rapidement dans le crâne; encore trouve-t-on une différence en faveur de ces derniers : c'est que limités ou circonscrits, ils ne

(1) *Voyez* notre Mémoire sur l'hypertrophie du cerveau. *Répertoire*, 2.e cahier, 1828.

font sentir leurs effets que sur un point également circonscrit du cerveau, tandis que l'amas considérable de liquide dans les cavités de cet organe agit sur toute la masse encéphalique. C'est donc bien à tort qu'on a voulu changer la dénomination de l'hydrocéphale aiguë, et lui en substituer d'autres qui ne représentent point un de ses effets les plus essentiels. Mais la gravité du pronostic redouble quand on songe aux complications fréquentes de cette maladie et aux désorganisations qui s'opèrent dans les ventricules cérébraux; ici le solide vivant est altéré; les efforts de l'art peuvent bien prévenir ces désordres; mais ils sont impuissans contre la destruction qui est consommée.

En étudiant, au reste, la marche des symptômes, on pourra se faire une idée approximative de la gravité de l'hydrocéphale aiguë et des chances de succès dans ses diverses périodes. Tant que la céphalalgie persistera, que le pouls aura peu de lenteur et que l'exercice des facultés intellectuelles ne sera que modérément enrayé, on conservera de l'espoir dans les efforts du traitement. Si la céphalalgie diminue, et qu'en même temps le pouls devienne plus lent, l'intelligence plus obtuse, si les pupilles se dilatent et oscillent, et la force musculaire commence à fléchir, le pronostic est plus grave et le succès du traitement plus douteux. Enfin, si ces phénomènes s'accroissent davantage, si le pouls devient fréquent de jour en jour, une mort presque assurée attend le malade, et toute intervention de l'art devient à-peu-près inutile. Une marche inverse dans les symptômes donnerait des résultats opposés, mais il est rarement donné d'observer ce mouvement rétrograde.

7.° *Caractères anatomiques.* — C'est dans les lésions que présente le cerveau, que nous puiserons la définition de la maladie qui nous occupe, car elles sont les condi-

tions matérielles de son existence, ce qui ne nous dispensera point de rechercher quelle est la nature du travail morbide qui préside à leur formation, cette cause étant encore antérieure à la précédente. Nous allons décrire brièvement ces lésions, ayant déjà eu occasion d'en parler plusieurs fois tant dans nos observations que dans les réflexions qui les accompagnent. Pour le faire avec plus de méthode, nous les partagerons en plusieurs degrés.

1.° Dans un premier degré, le plus rare de tous, on ne trouve dans les ventricules cérébraux qu'un épanchement plus ou moins abondant de liquide presque entièrement transparent, sans aucune altération appréciable dans les parois de ces cavités, mais avec une sorte de décoloration de la substance cérébrale qui est plus pâle que dans l'état naturel, et dont les vaisseaux sanguins semblent affaissés et vides de sang. Cette substance paraît elle-même imprégnée de liquide; elle est mollasse et comme œdémateuse. Un épanchement analogue à celui des ventricules existe ordinairement dans le canal rachidien (1). (*Obs.* I.re)

(1) La communication qui, d'après les recherches de M. Magendie, existe entre le quatrième ventricule et le canal sous-arachnoïdien du rachis, explique la coïncidence assez fréquente de ces épanchemens, le liquide pouvant alors refluer de l'une à l'autre de ces cavités, ou bien être secrété en quantité surabondante dans les deux en même temps, en vertu de la propagation de l'inflammation (Voy. *Obs* V.e). Néanmoins il arrive quelquefois que les ventricules cérébraux sont distendus outre-mesure par de la sérosité, sans que le canal vertébral paraisse en contenir plus que dans l'état naturel, soit que des adhérences ferment l'ouverture de communication dont nous avons parlé (*Obs.* XIII.e), soit que l'épanchement cérébral comprime l'aqueduc de Sylvius et empêche l'écoulement du liquide à travers ce canal. Nous dirons au reste qu'il est plus difficile d'apprécier la quantité anormale du liquide vertébral que celle des ventricules cérébraux, parce que, dans l'état naturel, ce liquide existe toujours en certaine abondance autour de la moelle.

2.° Dans un second degré, beaucoup plus commun, à l'épanchement des ventricules, s'associent des ramollissemens dans leurs parois. D'abord, la membrane qui les tapisse et dont nous regardons l'existence comme certaine, bien qu'elle ait été niée dans ces derniers temps, semble s'épaissir, se décoller de la surface sur laquelle elle est appliquée, de façon qu'on peut l'enlever par lambeaux assez larges. (*Obs.* IX.°) Plus tard, cette membrane et la couche de substance cérébrale la plus voisine, se feuillettent, se divisent en une multitude de flocons mous et blanchâtres, qu'un filet d'eau rend très-apparent par le soulèvement qu'il détermine au milieu de ces espèces de houppes devenues flottantes. Ce ramollissement est ordinairement plus fréquent et plus prononcé à la paroi inférieure des ventricules qu'à leur paroi supérieure, au niveau des couches optiques, des corps striés et de la cavité digitale, que partout ailleurs ; mais communément cette altération est portée au plus haut degré dans le *septum lucidum* et le trigone cérébral. Là elle se présente encore sous la même couleur et la même apparence que précédemment, mais entraîne souvent la diffluence de ces parties qui se dissolvent par le moindre contact et finissent par se dissoudre complètement en donnant lieu à une communication contre-nature entre les ventricules latéraux. Cette destruction commence ordinairement par le bord inférieur du *septum lucidum* ; alors on voit quelquefois des débris filamenteux de substance cérébrale nager dans la sérosité des ventricules. (*Obs.* VIII.°) Ces débris paraissent être la cause de l'aspect lactescent que présente quelquefois le liquide hydrencéphalique, car il est ordinairement transparent ou semi-transparent, mais jamais aussi limpide que de l'eau distillée.

3.° Dans un troisième degré, pareillement très-fréquent, l'inflammation a passé de la cavité des ventricules

aux méninges extérieures, et principalement à la portion de ces membranes qui recouvre la base du cerveau; alors, outre les lésions précédentes, on trouve des fausses membranes déposées çà et là à la surface de la pie mère, et principalement entre les scissures de Sylvius, sur l'entrecroisement des nerfs optiques, au niveau de l'infundibulum, autour du cervelet et de l'origine de la moelle épinière; quelquefois cette inflammation descend dans le canal vertébral, où elle donne lieu à des produits analogues, et surtout à des épanchemens séreux.

4.° Outre les lésions mentionnées dans tous ces cas, il en est de communes à la plupart de ces mêmes cas, et d'autres propres à quelques-uns d'entre eux. Les premières sont l'agrandissement des ventricules, l'extension des corps nerveux qui en forment les parois, l'aplatissement des circonvolutions cérébrales, la tension de la dure-mère sur ces circonvolutions, l'affaissement du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, affaissement qui fait paraître les méninges plus minces que dans l'état naturel; enfin, la sécheresse et la friabilité assez remarquables que présente ordinairement l'arachnoïde. Les secondes offrent quelques particularités dignes d'attention; ainsi, l'aplatissement des circonvolutions est quelquefois peu marqué, l'épanchement des ventricules peu abondant. (*Obs.* X.^e^, XIe, XIIe); le cerveau, loin d'être pâle et décoloré, est sablé de points rouges (*Obs.* VIIIe, IXe, X.^e^); le ramollissement de la cloison interventriculaire présente la même sablure (*Obs.* VIIe); les méninges, tant à la convexité qu'à la base, offrent une injection foncée, une rougeur vive qui s'étend quelquefois à la surface des circonvolutions (*Obs.* VIIIe, IXe, XIe, XVIIe); dans quelques cas, ces membranes sont comme ecchymosées (*Obs.* VIIe, X.^e^, XIIe, XVIe); la toile choroïdienne et les plexus choroïdes offrent un état analogue (*Obs.*

XVII.e); les parois des ventricules sont parcourues par des vaisseaux rouges qu'on ne remarque pas dans l'état naturel (*Obs.* VIII.e); ces cavités contiennent une sérosité trouble, et même des fausses membranes appliquées à leur surface (*Obs.* XIII.e et XIV.e); mais ces cas rentrent dans les complications dont nous avons parlé, et alors on trouve encore les lésions qui constituent chacune d'elles.

Tel est, en raccourci, le tableau des désordres profonds et étendus que présente l'hydrocéphale aiguë, d'où l'on voit que cette maladie ne borne point ses ravages aux seuls ventricules cérébraux, mais qu'elle peut affecter toutes les parties intégrantes de l'encéphale. Examinons à présent comment se produisent quelques-unes de ces lésions, et à quelle cause il faut les rapporter en dernière analyse. 1.° Il est bien évident que l'aggrandissement des ventricules, l'aplatissement des circonvolutions, l'affaissement du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ne sont que des effets mécaniques d'extension et de compression produits par l'amas de liquides dans les cavités du cerveau. 2.° La sécheresse de l'arachnoïde nous paraît tenir à la même cause, ses vaisseaux comprimés se refusent à l'exhalation, comme il arrive pour la plèvre dans certains cas de turgescence inflammatoire du poumon. 3.° Le ramollissement des parois, des ventricules et de leur cloison, nous semble encore favorisé par ce genre de causes mécaniques. Dirons-nous, en effet, que ce ramollissement est un simple résultat de l'inflammation? Mais il offre ordinairement une couleur pâle, blanche ou blanchâtre, et ne paraît être qu'un degré plus avancé de l'état d'œdème que présente le cerveau, que le résultat d'une sorte d'imprégnation des fluides séreux, et non d'un mélange de pus avec la couche de substance cérébrale la plus voisine des ventricules. Si cette altération est plus prononcée

dans la cloison interventriculaire que partout ailleurs, cela ne tient-il pas à la minceur de cette partie, à la ténuité de ses parois, entre lesquelles se trouve encore une cavité exhalante, dans laquelle du fluide peut s'amasser et devenir une cause d'extension, de ramollissement et de rupture? Si cette destruction arrive quelquefois, en effet, le refoulement du corps calleux, auquel adhère le septum lucidum, n'y a t-il pas encore quelque part? Ajoutons que toutes ces parties, atteintes ou environnées par l'inflammation, deviennent par cela même molles et friables. C'est, en effet, à l'inflammation qu'il faut remonter, comme source première de tous ces désordres; les traces non équivoques de phlegmasie qu'on rencontre si fréquemment alors dans les méninges en donnent la certitude; mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que cette inflammation est, en quelque sorte, plutôt lymphatique que sanguine, et tient de la nature de celles qui produisent les hydropisies actives; assez souvent, cependant, elle revêt franchement le caractère phlegmasique. Le tempérament des sujets rend peut-être raison de ces différences, si nous avons reconnu que ceux dans lesquels les fluides blancs abondent (le lymphatique) sont plus disposés à l'hydrocéphale aiguë que les autres, pourquoi l'inflammation ne se conformerait-elle pas à cette disposition individuelle en appelant des fluides séreux là où, dans des conditions opposées, elle aurait fait affluer du sang?

Après tous ces développemens, nous croyons pouvoir définir l'hydrocéphale aiguë, une inflammation siégeant primitivement et quelquefois secondairement dans les ventricules cérébraux (sur leur membrane interne et la couche de substance cérébrale subjacente), donnant lieu à un épanchement séreux plus ou moins considérable dans ces cavités, plus tard à un ramollissement plus ou moins

étendu de leurs parois, se compliquant fréquemment de méningite, surtout à la base du cerveau, et produisant une forme de symptômes différente, en général, de celle de toute autre maladie cérébrale, ce qu'elle doit, en grande partie, à son siége particulier, et surtout à l'épanchement qu'elle détermine; de là vient que nous croyons convenable de conserver la dénomination d'hydrocéphale aiguë.

8.° *Hydrocéphale chronique.* — Avant de passer à l'exposition du traitement, nous allons dire quelques mots de l'hydrocéphale avec inflammation chronique des parois des ventricules cérébraux, affection extrêmement rare et qui n'est, pour ainsi dire, connue que par ses caractères anatomiques (1). On ne conçoit guère qu'elle puisse succéder à l'hydrocéphale aiguë, dont la marche est trop rapide, la terminaison trop promptement funeste, pour comporter une dégradation de l'inflammation dans le mode qu'on appelle chronique; mais on conçoit que les altérations qui constituent l'hydrocéphale, se développant très-lentement, puissent acquérir un caractère de vétusté compatible pendant long-temps avec le maintien de la vie; c'est, du moins, ce que nous apprend le seul fait détaillé que nous possédons sur ce sujet (*Obs.* XIX.°). Nous avons vu, dans ce cas, les ventricules cérébraux remplis de sérosité, leur membrane interne dure, épaissie, et parsemée d'un nombre considérable d'élevures et de rugosités, lésions qui correspondaient à des symptômes datant de plus de six mois. Ces symptômes se sont présentés à-peu-près sous la même forme que ceux de l'abcès ou du ramollissement cérébral (*Obs.* XXV.°); inva-

(1) Il ne s'agit point ici de l'hydrocéphale congéniale avec écartement des sutures du crâne et développement considérable de la tête.

sion lente, obtusion des sens, torpeur des facultés intellectuelles, dont la manifestation n'avait lieu, sur la fin, que par des signes, embarras extrême de la parole, débilité paralytique dans les membres, et surtout dans ceux du côté gauche, ce qui tenait à la prédominance de l'épanchement dans les cavités opposées du cerveau. Point de céphalalgie mentionnée par le malade, point de lenteur manifeste dans le pouls. Le seul phénomène qui nous a paru différencier cette affection des autres maladies cérébrales, consistait en des secousses fortes, brusques, et comme électriques, qui se sont fait sentir dans les membres, et spécialement dans ceux qui étaient le moins paralysés. Ces notions sont encore trop vagues pour qu'on puisse espérer de les employer utilement au diagnostic de l'hydrocéphale chronique, mais du moins elles ouvriront la voie en préparant de nouvelles recherches.

9.° *Traitement.* — Il en est malheureusement de l'hydrocéphale aiguë comme de beaucoup d'autres maladies, dont l'histoire ne laisse presque rien à désirer sous le rapport des symptômes et des lésions qu'elles déterminent, mais dont le traitement (qui est la seule conséquence utile de ces connaissances) ne sert, bien souvent, qu'à révéler l'impuissance de l'art. N'ayant rien de nouveau à proposer sur ce point important, et voulant nous renfermer dans le cercle étroit de notre expérience personnelle, nous nous contenterons d'examiner en peu de mots ce que disent à cet égard les faits que nous avons rapportés; peut-être verrons-nous que l'espoir du succès consiste moins dans la recherche de moyens nouveaux, et par cela même incertains, que dans l'application opportune et convenable de ceux qui sont généralement connus.

Les émissions sanguines, les répercussifs, les révulsifs et les perturbateurs, forment la base du traitement qui a été mis en usage dans les divers cas dont nous nous

sommes occupés. Tous ont échoué à-peu-près complètement, mais tous n'ont pas paru également inefficaces; ainsi les émissions sanguines ont produit quelques amendemens, passagers à la vérité, mais dans un cas elles ont enrayé complètement la marche des symptômes analogues à ceux de l'hydrocéphale aiguë (*Obs.* XXVII.ᵉ); les répercussifs au contraire, c'est-à-dire l'application du froid sur la tête, ont semblé le plus souvent aggraver les accidens (*Obs.* IV.ᵉ, V.ᵉ, XI.ᵉ, etc.), tandis que les révulsifs et les perturbateurs tels que les purgatifs et les mercuriaux, ont paru complètement inertes. De cette donnée générale, conclurons-nous que ces derniers moyens doivent être rayés de la classe des modificateurs avantageux dans l'hydrocéphale aiguë, les seconds entièrement prohibés et les premiers seuls conservés dans le traitement, qu'enfin aucun d'eux ne jouit d'une prérogative décidément favorable contre cette maladie? Mais avant de porter un pareil jugement, n'est-il pas nécessaire d'examiner comment, c'est-à-dire, dans quelle mesure, quelle circonstance, quelle période de la maladie ces divers agens ont été employés? Or, le relevé de nos observations apprend que ce n'est très-généralement qu'à dater de la deuxième période, et quelquefois à une époque plus éloignée que cette thérapeutique a été mise en usage. Ce retard, si commun dans les hôpitaux, où les malades n'arrivent bien souvent qu'à la dernière extrémité, n'ôte-t-il pas au traitement une grande partie de sa force et de son efficacité, surtout lorsqu'il s'applique à une maladie grave par son siége, ses effets et la promptitude de sa marche, comme celle dont il est question? D'un autre côté, l'emploi des émissions sanguines n'a-t-il pas été en général trop tardif, trop parcimonieux, soit que ces émissions ne parussent point indiquées, à cause de la lenteur du pouls et de la faiblesse de la circulation (*Obs.* VIII.ᵉ), soit qu'elles parussent

insuffisantes contre une maladie déjà fort avancée? Les applications de glace sur la tête faites à un époque où l'inflammation était profondément enracinée dans le cerveau, n'ont-elle pas eu l'inconvénient d'augmenter la congestion dans ce viscère, comme nous l'avons dit ailleurs? L'usage intérieur du calomélas ou d'autres purgatifs administrés à forte dôse, n'a-t-il pas eu celui de déterminer des fluxions nuisibles par leur siége, lorsqu'elles ont affecté le système salivaire (*Obs.* V.e), ou par leur degré, lorsqu'elles sont parvenues jusqu'à celui de l'inflammation dans le canal intestinal (*Obs.* XIX.e). Ne résulte-t-il pas de là que nos observations ne peuvent donner une juste idée de la mesure de confiance qu'on doit accorder à ces divers moyens, parce que leur emploi a été tantôt tardif ou incomplet, tantôt intempestif ou exagéré? Aurait-on obtenu plus de succès ou plutôt observé quelques amendemens plus marqués et plus durables, par les mêmes agens thérapeutiques modifiés dans leur application? C'est ce que nous pensons, et voici comment ils nous semble qu'ils devraient être employés dans le traitement de l'hydrocéphale aiguë.

Première période : C'est celle où les émissions sanguines paraissent devoir être le plus favorables, celle où il faut se hâter de combattre la céphalalgie, sans attendre que de nouveaux symptômes se soient déclarés, car l'espoir du succès diminue promptement à mesure qu'on s'éloigne de cette première période. Si le sujet est adulte, fort et sanguin, c'est par une ou plusieurs saignées générales qu'il faut débuter; en diminuant ainsi la masse des fluides, on abat la violence de la congestion et l'on seconde l'action des saignées locales. Ces dernières devraient être employées, suivant nous, avec profusion et parcimonie en même temps, c'est-à-dire en quantité suffisante pour détruire l'orgasme inflammatoire, sans cependant amener

le collapsus des forces, collapsus peu propre à la résolution des inflammations, et très-favorable à la production des hydropisies et des épanchemens qui s'ensuivent. Ces précautions sont nécessaires en particulier chez les individus lymphatiques (et c'est le plus grand nombre dont il s'agit ici) qui, par la nature de leur constitution, offrent peu de résistance à l'action des émissions sanguines. Nous voudrions donc que les sangsues fussent répétées aussi long-temps que persisteraient les accidens de la première période, mais en ayant soin de n'en appliquer qu'un petit nombre à la fois, et de les faire succéder les unes aux autres, de telle sorte qu'il y eût au voisinage du crâne, un écoulement de sang presque continuel pendant les trois, quatre, cinq ou six premiers jours de la maladie. Il est d'observation que la perte du sang qui a lieu graduellement et en petite quantité, peut être supportée sans grand détriment pour les forces, beaucoup plus long-temps que celle qui s'opère tout-à-coup et en certaine abondance, quoique cette perte soit la même dans les deux cas. Combien de femmes, par exemple, éprouvent pendant quinze et vingt jours, et pour des causes variées, un *stillicidium* sanguin continu par l'utérus, sans en être notablement affaiblies, qui succomberaient infailliblement (comme cela arrive quelquefois après l'accouchement), si la même quantité de ce fluide était éliminée subitement de l'économie. La thérapeutique ne nous paraît pas encore avoir tiré parti de cette remarque dont l'application à la pratique aurait peut-être dans certains cas un heureux succès. Un autre avantage qui pourrait résulter de ce mode de déplétion, consiste dans la continuité et la prolongation de l'effluxion sanguine, mieux accommodée peut-être à la tenacité de certaines inflammations, que des pertes de sang qui ont lieu par intervalles. Quoi qu'il en soit, c'est ainsi qu'on devrait agir, suivant nous

encore, surtout au commencement de la deuxième période de l'hydrocéphale aiguë, lorsque le pouls devient lent, faible, inégal; en se gardant toutefois de prendre cette débilité de la circulation, comme une contr'indication aux émissions sanguines, cette débilité n'étant point radicale et tenant à la compression qu'éprouve le cerveau. Les sangsues devraient être appliquées sur le trajet des vaisseaux qui aboutissent le plus directement dans le crâne, snr les apophyses mastoïdes, les régions jugulaires ou temporales, le long de la suture sagittale, aux angles internes des orbites, ou bien à l'anus, d'abord si un flux hémorrhoïdal était supprimé à la vulve, si la menstruation était en retard; à l'entrée des narines, si des épistaxis habituels avaient cessé de paraître.

Dans cette première période, et *seulement dans cette première période*, nous emploirions conjointement les réfrigérans sur la tête, soit par des applications de glace sur cette partie, ou mieux encore par des éponges ou des compresses imbibées d'eau à une basse température, soit par des affusions froides, dont on seconderait l'effet en plongeant en même temps le malade dans un bain tiède, ou tenant les extrémités inférieures dans un état de chaleur continuel au moyen de fomentations ou de cataplasmes; mais nous aurions grand soin de proportionner l'abaissement de température dirigée sur la tête, à la force et à la sensibilité des sujets, augmentant ou diminuant insensiblement le degré de froid, surveillant attentivement ses effets primitifs et secondaires, et par suite prolongeant sa durée ou la suspendant, si l'individu paraissait sortir de la stupeur ou bien s'engourdir davantage; combattant enfin la réaction qui suit ordinairement l'emploi de ce moyen, si elle dépassait certaines mesures et devenait propre à alimenter l'inflammation. Nous abandonnerions en général l'emploi intermittent et répété de la glace sur

la tête, car les alternatives de sédation et d'excitation que ce mode d'application détermine, se contrarient mutuellement et par cela même deviennent nuisibles. Nous nous rappellerions enfin que ce genre de médication est en quelque sorte une arme à deux tranchans qui ne doit point être confiée aux soins d'un infirmier ou d'un garde malade, mais dont le médecin doit lui-même diriger et surveiller l'emploi (1).

(1) Nous avons voulu essayer, sur nous-même, l'effet de la glace appliquée sur la tête; nous assurons qu'il nous a été impossible d'en supporter au-delà de deux minutes, un fragment épais emboîtant assez exactement le front et les tempes. Un sentiment indicible de douleur qui s'est bientôt fait sentir sur les parties en contact avec la glace, et notamment dans l'épaisseur des paupières et la profondeur des orbites, nous a forcé de suspendre cette expérience malgré la ferme volonté que nous avions de la conduire à sa fin. Nous avons répété cet essai et l'avons fait répéter à d'autres personnes qui ont éprouvé les mêmes effets sans pouvoir vaincre pareillement au-delà de deux minutes le sentiment de la douleur. Le même fragment de glace appliqué sur la paume de la main pendant quinze minutes, a déterminé d'abord un sentiment de froid très-vif, bientôt ont succédé des fourmillemens désagréables qui se sont étendus jusques à l'avant-bras, puis un sentiment d'ardeur et de brûlure très-pénétrante, comme si la peau de la main eût été traversée par une foule d'étincelles électriques; enfin un état d'engourdissement qui, devenant de plus en plus supportable, nous aurait permis de prolonger cet essai au-delà de quinze minutes. Pendant ce temps, la peau qui recouvre la paume de la main est devenue froide, pâle et un peu livide; elle a rougi presque immédiatement après l'enlèvement de la glace, et bientôt a reparu un sentiment de chaleur qui s'est prolongé pendant une demi heure. De ces essais, fort incomplets sans doute, mais qui pourraient être variés et surtout poussés plus loin; nous ne voulons conclure rien autre chose, sinon que la peau qui recouvre le front et les tempes manifeste une vive sensibilité par le contact de la glace, (ce qui est dû sans doute à la position superficielle et au grand nombre des nerfs subjacens), et que l'emploi de ce moyen jouit d'une activité beaucoup plus grande qu'on ne le pense communément; activité presque incalculable si l'on considère que la durée de son emploi ne peut être déterminée sûrement ni par les sensations du malade, ni par les effets immédiats

Malgré la confiance que quelques médecins semblent accorder aux mercuriaux dans l'hydrocéphale aiguë et principalement au calomélas, soit qu'il agisse comme dérivatif ou comme perturbateur, nous éviterions d'en porter les doses jusqu'à produire une fluxion sur le systême salivaire, fluxion trop voisine du siége de la maladie, comme nous l'avons dit plus haut (1). Nous ne l'administrerions point à l'intérieur, lorsqu'il existerait une complication d'inflammation du canal digestif; mais dans le cas contraire, nous ne négligerions point cette voie de dérivation, et plus d'un médicament peuvent remplir cette indication. Toutefois le calomel mérite peut-être quelque préférence, en ce qu'il paraît être un excitant spécial de la secrétion biliaire et folliculaire, car il donne lieu ordinairement à des selles verdâtres muqueuses. L'émétique en lavage pourrait également convenir, administré à haute dose, suivant la méthode de Rasori; il paraît avoir réussi plusieurs fois entre les mains du célèbre professeur Laënnec; nous n'en avons fait l'essai que dans un seul cas et le succès n'a point répondu à notre attente (2).

Dans la dernière période de la maladie, on a recours ordinairement, aux révulsifs extérieurs, aux vésicatoires appliqués à la nuque sur le cuir chevelu, aux extrémités inférieures; mais il faut le dire, c'est plutôt afin de ne pas

---

du remède sur le mal, ni, à plus forte raison, par une règle générale commune à tous les cas.

(1) Nous avons vu, dans un cas de péritonite subaiguë, des frictions mercurielles faites sur le ventre, à haute dose, déterminer non-seulement un engorgement considérable de tout le système salivaire, mais encore étendre leur action jusques dans le cerveau qui, à l'autopsie cadavérique, fut trouvé gorgé de sérosité. La mort en fut le résultat presque immédiat : nous ferons connaître plus tard cette observation remarquable sous d'autres rapports.

(2) *Voyez* ce fait dans notre *Mémoire sur l'emploi de l'émétique à haute dose*, *Archives*, avril et mai 1829.

rester spectateur oisif d'un mal qui fait des progrès de jour en jour, que dans l'espérance de le détourner; peut-être qu'employés de meilleure heure, ils auraient plus d'avantages.

Tel est l'usage que nous ferions des divers moyens auxquels ont été soumis les malades dont nous avons rapporté les observations. Ce que nous pourrions ajouter à ce traitement, s'éloignerait des bornes que nous nous sommes prescrites.

Observations recueillies dans les salles de M. Dominel, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, par* F. Leprestre, *D. M. P.*, *chirurgien-adjoint.*

Anévrysmes simultanés de l'aorte, destruction du corps de deux vertèbres, etc. — Legrand, d'un tempérament sanguin, âgé de 49 ans, soldat pendant quatorze, éprouva les plus rudes fatigues dans la désastreuse campagne de 1812. Rentré deux ans plus tard dans ses foyers, il resta languissant, quoiqu'il pût se livrer au travail fatigant de marinier. Le 15 juillet 1827, en travaillant sur le port, il reçut dans le dos un coup de levier qui le renversa : de ce moment, Legrand sentit s'accroître des douleurs sourdes, profondes, qu'il éprouvait depuis longtemps dans la région dorsale ; bientôt impossibilité de faire des mouvemens, surtout de se courber en avant; faiblesse et engourdissement des extrémités inférieures. Le 2 août, en portant la main dans le dos, sur le point le plus douloureux, sensation de battemens, qui devient chaque jour plus distincte. Le 17, apparition d'une tumeur grosse comme une noix, qui s'accrut progressivement, et avec une promptitude telle, que le malade, qui suivait son développement avec anxiété, vint réclamer

des secours à l'Hôtel-Dieu le 24 septembre, où il entra dans l'état suivant :

Etat général satisfaisant; décubitus sur le dos et sur le côté gauche douloureux ; tumeur de la grosseur et de la forme d'un œuf, saillante d'un pouce au-dessus du niveau de la peau, entre la dixième et onzième côte du côté gauche, au niveau de leur union avec les apophyses transverses des vertèbres correspondantes, sans changement de couleur à la peau, avec expansion et pulsation isochrone aux battemens du pouls, qui est lent, petit, mais sans aucune intermittence; les pulsations du cœur et des deux artères crurales ne paraissent nullement modifiées. M. Dominel annonça un anévrysme de l'aorte, et prescrivit au malade : (*Soupe, quart le matin, soupe le soir, laudanum dix gouttes, infusion de feuilles d'oranger, compresses imbibées d'eau végéto-minérale sur la tumeur*).

Les quinze premiers jours de l'entrée de Legrand à l'hôpital, l'anévrysme s'accroît jusqu'au volume du poing, l'appétit se soutient, point d'œdème des extrémités inférieures; le pouls crural est régulier, l'auscultation médiate et immédiate fait entendre un bruissement particulier ressemblant au bruit d'un rouet, les pulsations sont plus fortes, l'expansion plus développée, au point que l'œil peut suivre ces deux mouvemens. Le malade se plaint surtout d'une insomnie continuelle, qui persiste malgré l'emploi de diverses préparations calmantes.

Du 10 au 20 octobre, la tumeur fait de rapides progrès; elle a triplé de volume, occupe un espace circonscrit en haut par les trois dernières côtes, la colonne vertébrale en dedans, en avant par une ligne qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, gagnerait les côtes, en bas par toute la longueur de la crête iliaque; la tumeur saille d'environ trois pouces au-dessus du niveau de la peau, son sommet se termine légèrement en

pointe. Amaigrissement du malade, infiltration des extrémités inférieures, douleurs dans l'abdomen, perte de l'appétit, nausées fréquentes, point de vomissemens, pouls petit et fréquent, peau sèche. Face anxieuse et grippée, d'un jaune-paille.

Le 21 octobre, rougeur et amincissement des tégumens au sommet de la tumeur; les pulsations soulèvent la main avec une force telle, que l'on redoute au moindre mouvement du malade de voir la peau se déchirer; œdème plus prononcé des membres inférieurs, occupant toute la région fessière, les parties de l'abdomen et du thorax qui avoisinent l'anévrysme.

Le 22, prostration des forces, difficulté d'uriner, douleurs abdominales, météorisme, deux escarres noires de la largeur d'une pièce d'un franc au centre de l'anévrysme, nombreuses ecchymoses qui occupent les fesses et les parties latérales gauches de l'abdomen, pulsations moins fortes, faiblesse extrême du pouls crural, l'œdème s'étend jusqu'à la partie moyenne de la poitrine.

Le 23, réunion des escarres, qui sont larges comme deux pièces de cinq francs; au lieu de battemens distincts, on ne sent qu'un frémissement sous la main; à l'oreille et au cylindre, bruissement sourd sans saccades; le tronc jusqu'à la base de la poitrine, les deux tiers supérieurs de la cuisse gauche, de couleur lie-de-vin, marbrés; l'ecchymose plus foncée, noire dans quelques points; pouls radial, filiforme; l'œdème empêche de saisir le pouls crural; amaigrissement très-prononcé de la face et des extrémités supérieures, froid glacial des membres pelviens, réponses vagues, délire sourd.

Les 24 et 25, le malade reste dans un état d'insensibilité complète, escarres plus grandes et plus noires, l'infiltration sanguine occupe tout l'abdomen et gagne la poitrine. Mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique trente heures après la mort. — *Tête.* — Injection des vaisseaux du cerveau, rougeur de l'arachnoïde vers les fosses temporales.

Poitrine. — La plèvre et les poumons dans l'état naturel, le cœur légèrement hypertrophié à gauche; ossification des valvules aortiques, dilatation marquée de la crosse de l'aorte; sa tunique interne est manifestement enflammée, couverte de plaques rouges, que des lotions répétées ne peuvent enlever; cette inflammation se prolonge dans les carotides primitives et les sous-clavières; elle se termine en bas à l'origine de l'iliaque externe et de l'hypogastrique, qui sont dans l'état naturel. Depuis la naissance de l'aorte jusqu'à la 3.ᵉ vertèbre lombaire, entre les plaques inflammatoires, il existe un nombre infini d'ossifications grosses comme des pois, de forme irrégulière, plus épaisses au centre, variant d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, d'un blanc jaune, situées entre la tunique interne et le tissu jaune élastique qui forme la seconde membrane; très-nombreux et très-rapprochés dans la région dorsale, ces points ossifiés laissent entre eux un plus grand intervalle, et diminuent de volume dans la région lombaire, tandis que l'inflammation du vaisseau est en raison inverse. Cet état de phlegmasie et de dégénérescence est surtout remarquable dans le côté postérieur ou vertébral de l'aorte. Au-devant de la cinquième côte, sur les parties latérales gauches de la vertèbre correspondante, il y a une perforation de ce vaisseau, arrondie et d'un demi-pouce d'étendue. Le sang est en contact immédiat avec le corps de la vertèbre et la tête de la côte; qui sont rugueux et dénudés de périoste. Le sac anévrysmal, formé aux dépens de la tunique celluleuse, au devant de la masse sacro-lombaire, présente dans son fond un peu plus d'un pouce en tous sens. A l'extérieur, rien ne fait soupçonner son existence, les membranes internes de l'aorte ne

se sont déchirées qu'après un alongement d'un demi-pouce environ, leurs bords sont inégaux et frangés, l'artère au-dessous de cet anévrysme a conservé son calibre ordinaire.

Dans l'abdomen, entre l'estomac et le pancréas, autre dilatation de l'aorte un peu moins volumineuse que le poing, en partie vide de sang, ne présentant que quelques points ossifiés et des caillots fibrineux dans sa partie la plus antérieure. L'épaisseur du sac est à peine d'une ligne, mais d'un tissu dense et si serré qu'il est impossible de le diviser par couches; son côté postérieur, correspondant à la dixième vertèbre dorsale, présente une ouverture ronde, de quinze lignes environ, à bords frangés comme la première. La tête de la côte, son col, l'apophyse transverse de la dixième vertèbre, le tiers gauche de son corps, et la partie inférieure de la neuvième, ont entièrement disparu. Le tissu osseux est corrodé, et présente sur le corps des vertèbres plusieurs pointes osseuses très-minces et très-fragiles. L'extrémité de la côte, flottant dans le sac anévrysmal et les couches musculaires, est usée comme par un frottement prolongé. La masse sacro-lombaire est fortement poussée en arrière; ses faisceaux musculaires sont pénétrés de sang noir demi-coagulé. On y retrouve avec peine les lambeaux celluleux du sac anévrysmal; on ne voit qu'une vaste poche où logerait une tête de fœtus à terme, formée par les muscles et la peau de la région lombaire gauche; son sommet est aminci au dernier point, et l'on reconnaît aisément que si le sang n'eût trouvé une autre issue, ou que le malade eût vécu plus long-temps, sa rupture était infaillible. De nombreux caillots sont répandus sous la peau de la région fessière et des couches musculeuses de l'abdomen jusque près de l'ombilic. Tout le tissu cellulaire de ces diverses régions du côté gauche est teint en rouge, et présente çà et là,

dans les points les moins résistans, une quantité considérable de petits grumeaux d'un sang noir très-fétide. Dans la cavité abdominale on n'observe aucun épanchement.

L'estomac rétréci est légèrement enflammé; le tube digestif, dans le reste de sa longueur, partage ce dernier état. Les autres viscères n'ont offert rien de notable.

La science possède aujourd'hui de si nombreux exemples d'anévrysme de l'aorte, que cette observation, malgré les vastes désordres qu'elle présente, rentrerait dans la classe des faits ordinaires, si elle ne nous semblait propre à jeter quelque jour sur l'étiologie encore obscure de cette lésion organique : plus remarquable en effet par l'état inflammatoire de l'artère que par la double dilatation anévrysmale, elle permet non-seulement de suivre tous les degrés d'altération que ce vaisseau a subis, mais de se convaincre que l'inflammation a été la cause première de tous les désordres. En observant, d'une part, le nombre infini de plaques inflammatoires, qui s'étendaient depuis l'origine de l'aorte jusqu'aux principaux vaisseaux qui en naissent, de l'autre un semis d'ossifications dans les points intermédiaires, nous avons dû nous demander dans quel rapport ces deux états étaient l'un à l'autre, s'ils étaient indépendans, ou si la phlegmasie était la cause et les incrustations osseuses n'étaient que son produit? En consultant l'analogie qui indique quelle marche suit la nature dans la production de la plupart des tissus accidentels, et analysant les phénomènes observés dans ce cas particulier, nous avons pensé que l'état inflammatoire a préexisté à toute autre lésion. Cette inflammation occupe toute la longueur de la membrane interne de l'aorte et ses principales divisions; son intensité est surtout remarquable dans les points où commencent à se développer les ossifications, qui sont pour le développement en raison inverse de la phlegmasie. Dans la région lombaire, par exemple, les vais-

seaux capillaires du vaisseau (*vasa vasorum*), gorgés de sang, peuvent être suivis à l'œil nu dans cette membrane; ils y forment des plaques irrégulières au centre desquelles on voit les points ossifiés commencer à paraître. Dans toute la région dorsale, au contraire, où les propriétés du tissu artériel ont subi la plus grande altération, où il est dégénéré et friable, on retrouve l'état inflammatoire, mais moins prononcé qu'à la terminaison de l'aorte, dont la phlegmasie est aiguë et bornée à la seule tunique interne. Il me paraît donc démontré, par cette marche progressive de l'altération des tissus de l'aorte, que l'inflammation et l'ossification de ses membranes qui en fut la suite, sont dans cette observation la cause évidente matérielle des anévrysmes. A ces preuves, on peut ajouter la disposition même de la tumeur anévrysmale, dont le développement eût dû s'opérer vers le point qui lui présentait une résistance plus faible. Nous dûmes en effet trouver surprenant qu'une tumeur de cette nature, qui présentait dans la cavité abdominale un volume aussi considérable, n'eût pas continué de s'accroître de ce côté, plutôt qu'en arrière, en détruisant le corps des deux vertèbres et l'extrémité d'une côte. Mais en considérant que l'inflammation et le tissu de nouvelle formation développé dans les membranes de l'aorte avaient déterminé une lésion des plus profondes dans son côté vertébral, nous pensâmes que le déchirement avait dû s'opérer de ce côté. Cette opinion nous paraît du moins la seule explication plausible de ce phénomène.

De ces diverses considérations, nous croyons donc pouvoir conclure, que l'inflammation, en se propageant de dedans en dehors aux tuniques artérielles, a été la cause première de la lésion de toute la capacité du vaisseau, et 2.° la cause déterminante de la perforation de l'aorte en arrière et des anévrysmes dorsaux, malgré la résistance opposée par la colonne vertébrale.

Obs. II.e — *Syphilis constitutionnelle. Carie d'une vertèbre. Hémato-rachis suivie de la mort.* — La nommée Chirot, ouvrière, âgée de trente-trois ans, contracta en 1828 une blénorrhagie et deux chancres de la membrane muqueuse vaginale, dont elle méconnut la nature et pour lesquels elle ne subit aucun traitement. Six mois après, ces symptômes ayant disparu spontanément, il survint dans l'arrière-bouche une ulcération du voile du palais et du pharynx, qui fit en peu de jours de rapides progrès. Un médecin consulté prescrivit aussitôt un traitement mercuriel composé du sirop de Cuisinier, de la décoction des quatre bois sudorifiques, et de trois pilules mercurielles. (Nous n'avons pu savoir la dose de mercure.) Sous l'influence de ce traitement, les symptômes n'ayant fait que s'aggraver, on substitua aux pilules la liqueur de Van Sviéten, qui fut prise pendant trois mois, à la dose chaque matin d'une cuillerée à bouche. Malgré l'emploi de ces moyens, l'ulcération continuant de ronger le voile du palais, Chirot entra à l'Hôtel-Dieu le 17 avril 1829, dans l'état suivant : amaigrissement, pâleur de la face, sécheresse de la peau, qui est ridée et flétrie, pouls petit et fréquent, digestions pénibles, surdité assez prononcée, voix nazonée, les dents sont déchaussées et vacillantes, l'arrière bouche fortement enflammée, les quatre cinquièmes du voile du palais détruits, le reste envahi par un ulcère d'aspect grisâtre, présentant des lambeaux de même couleur, les amygdales doublées de volume et enflammées, plusieurs pustules humides couvrent le front, les sourcils et la racine des cheveux; aucuns symptômes vénériens ne s'observent aux parties génitales. Depuis la première maladie vénérienne, Chirot n'était pas réglée. (*Diète, demi-bouillie matin et soir, orge, oximel, julep diacode, bains de pied, bain général tous les trois jours.*) Tel fut le traitement em-

Tableau analitique des Observations sur l'hydrocéphale-aiguë chez l'adulte.

	Nos	AGE.	SEXE.	TEMPÉRAMENT. CONSTITUTION.	PRÉDISPOSITIONS. CAUSES.	MODE D'INVASION.	SYMPTOMES ET MARCHE DE LA MALADIE.	COMPLICATIONS.	DURÉE. TERMINAISON.	TRAITEMENT.	AUTOPSIE CADAVÉRIQUE.
I.re SECTION. — Hydrocéphales aiguës avec épanchement dans les ventricules cérébraux et le canal rachidien, œdème de la substance cérébrale, ramollissement des parois ventriculaires, sans trace d'inflammation dans les méninges.	1er	26	masc.	Bonne constitution.	Tête volumineuse.	Forte céphalalgie, étourdissemens, propension au sommeil.	Continuation de la céphalalgie, pouls lent, petit, faible; température naturelle de la peau, hallucinations, aspect de fantômes, divagations nocturnes; dilatation et immobilité des pupilles, abolition des facultés de rapport; résolution des membres; sur la fin, coma, pouls fréquent, rigidité du tronc, respiration entrecoupée.	Ponctuations rouges dans l'estomac.	Mort au 29.e jour depuis l'invasion.	Saignée, sangsues, dérivatifs, réfrigérens sur la tête.	Aplatissement des circonvolutions, épanchement abondant dans les ventricules et à l'origine du canal vertébral, œdème de la substance cérébrale.
	2e	15	*idem.*	Bonne constitution.	Aucunes apparentes.	Perte d'appétit, douleurs vagues dans les membres, violente céphalalgie, cris plaintifs, vomissemens spontanés.	Plus tard: perte des facultés intellectuelles et des facultés de rapport, immense dilatation des pupilles, mouvemens automatiques des mains et des avant-bras, rigidité du cou, pouls petit et lent; sur la fin mouvemens convulsifs, résolution générale, grande gêne dans la respiration.	Aucune.	Mort au 17.e jour.	Nul au début, saignée, sangsues à la dernière période.	Aplatissement des circonvolut., sécheresse des méninges, œdème de la substance cérébrale, épanchem. abondant dans les ventr., ramollissement superficiel de leurs parois, sérosité abondante dans le canal vertébral.
	3e	17	fém.	»	»	Apportée à l'hôpital, sans renseignemens.	Pupilles larges et immobiles, yeux renversés, pouls petit et d'une grande fréquence, coma profond, résolution générale, sueurs froides.	»	»	»	Cerveau ballottant, œdémateux, énorme épanchement dans les ventricules, ramollissement floconeux à leurs parois, et à la cloison inter-ventriculaire, quantité notable de sérosité dans le canal vertébral.
II.e SECTION. — Hydrocéphales aiguës avec épanchement dans les ventricules cérébraux, ramollissement et même destruction de la cloison qui les sépare, inflammation des méninges qui recouvrent la base du crâne, et dans un cas inflammation des méninges vertébrales.	4e	17	*idem.*	Lymphatique.	Annonces de menstruation sans résultat.	Céphalalgie violente, douleur épigastrique, vomissemens, assoupissement, mâchonnement.	Persistance de la céphalalgie comparée à un bandeau étroit qui comprimait le crâne, cris aigus et perçans, changement dans le caractère, lenteur du pouls avec inégalité, élargissement des pupilles, plus tard alternatives en mieux et en pis, perte de connaissance, roideur des avant-bras et du cou, fréquence du pouls, sur la fin comâ, hémiplegie à gauche, la tête reposant sur son côté droit, cessation de l'hémiplégie, la tête reposant sur l'occiput, retour momentané de la connaissance vers les derniers temps.	Erysipèle phlegmoneux au cuir-chevelu.	Mort au 18.e jour.	Saignées, sangsues nombreuses, calomelas à l'intérieur, vésicat., glace sur la tête.	Aplatissem. des circonvol., sécheresse de l'arachnoïde, énorme épanchement dans les ventr., ramollissement et destruction du septum médian, méningite à la base du cerveau.
	5e	15	*idem.*	Lymphatique.	Apparence de la puberté, point de menstruation.	Céphalalgie, insomnie, vomissemens.	Douleur de tête lancinante, autre douleur s'étendant tout le long du rachis avec élancemens dans les membres, trémoussement du tronc, cris plaintifs, dilatation et oscillation des pupilles, diplopie, changement dans le caractère, pouls lent, inégal, plus tard: assoupissement comateux, rotation des globes oculaires, fréquence du pouls, résolution des membres; la veille de la mort retour inespéré de la connaissance.	Méningite rachidienne.	Mort au 26.e jour.	Saignées, sangsues, glace sur la tête, mercuriaux à haute dose.	Aplatissem. des circonvol., sécheresse et friabilité de l'arachnoïde, épanchement considérable dans les ventricules, ramollissement de leurs parois et du septum médian avec perforation de cette cloison.
	6e	18	masc.	»	»	Violente céphalalgie, délire.	Au 15.e jour, stupidité, taciturnité, pupilles larges et immobiles, point de fièvre, point de chaleur contre-nature à la peau, mouvemens convulsifs suivis d'une résolution générale; sur la fin, pouls d'une fréquence incommensurable.	»	Mort au 17.e jour.	Vésicatoires, sinapismes.	Aplatis. des circonv., arachnoïde sèche, cerveau ballottant, épanchem. abondant dans les ventric., leurs parois ramollies, le septum médian tombant en *déliquium*, méningite à la base du cerveau.
	7e	19	*idem.*	»	»	Point de renseignemens.	Ventre cave, peau sèche et rugueuse, stupidité idiotique, pouls calme, assoupissement, roideur des avant-bras, du cou et du tronc, pupilles larges, sur la fin: insensibilité générale, rigidité tetanique du tronc, fréquence et petitesse du pouls.	Gastrite, iléo-colite, ramollissement d'une grande partie de la moelle épinière.	»	Glace sur la tête, sinapismes.	Rougeur des méninges, avec dépôt de fausses membranes à la base du cerveau, épanchement dans les ventricules, ramollissement du septum médian, coloré par de nombreux points rouges.
	8e	18	*idem.*	Forte constitution, tempérament sanguin.	»	Nul autre renseignement si ce n'est huit jours de maladie.	Symptômes d'irritation indeterminée, plus tard, douleurs dans les membres inférieurs, divagations passagères, stupidité, taciturnité, immobilité, pouls lent, conjonctives rouges, pupilles étroites, langue rouge et sèche, sur la fin, fréquence du pouls, coma profond, respiration stertoreuse, abolition de la motilité et de la sensibilité, la veille de la mort retour momentané de la connaissance.	Traces de gastrite.	Mort le 5.e jour depuis l'invasion des phénomènes cérébraux.	Saignée, sangsues.	Engorgement sanguin des tégumens du crâne, des méninges et du cerveau, méningite à la base de ce viscère, épanchement dans les ventricules, ramollissement diffluent de la cloison et du trigone cérébral.
	9e	16	*idem.*	Pâle, maigre.	»	Point de renseignemens.	Perte de connaissance, coma profond, cris confus, roideur des avant-bras et du cou, resserrement des mâchoires, pupilles énormément dilatées.	»	»	»	Arachnoïde sèche, injection des vaisseaux de la pie-mère, fausses membranes à sa surface vers la base du cerveau, épanchement limpide dans les ventricules, dont la membrane interne était épaissie
III.e SECTION. — Hydrocéphales aiguës avec épanchement très-médiocre dans les ventricules cérébraux, et méningite principalement à la base du crâne.	10e	18	*idem.*	Pâle, bien conformé.	»	Violente céphalalgie, vomissemens, délire léger.	Stupidité, réponses embarrassées, pupilles de dimension ordinaire, contractiles, pouls faible, lent, roideur cervicale, carphologie, plus tard, conjonctives rouges, pupilles étroites, fréquence du pouls, perte, puis retour de la connaissance, résolution générale.	»	Mort au 11.e jour.	Sangsues, vésicatoires.	Sécheresse et friabilité de l'arachnoïde, injection de la pie-mère, sablure de la substance cérébrale, faible épanchement dans les ventricules, ramollissement diffluent de la cloison et du trigone.
	11e	31	*idem.*	Teint pâle et blafard.	»	Grande céphalalgie, envies de vomir, lourdeur, apathie générale.	Stupidité, engourdissement général, pouls lent, hallucinations nocturnes, délire passager, sur la fin, coma, abolition des facultés intellectuelles et des facultés de rapport, langue sèche encroutée, dilatation remarquable des pupilles, pouls fréquent, respiration embarrassée.	Gastrite, tubercules pulmonaires.	Mort au 22.e jour.	Sangsues, glace sur la tête.	Injection foncée de la pie-mère, fausses membranes à la base du cerveau, une cuillerée de sérosité dans les ventricules, ramollissement de la cloison et du trigone.
	12e	17	fém.	Lymphatique.	»	Céphalalgie, vomissemens bilieux.	Assoupissement profond, par momens cris perçans, forte roideur cervicale, pupilles dans un état d'oscillation continuelle, pouls irrégulier et lent, plus tard, grande dilatation des pupilles, résolution paralytique des membres, coma, fréquence du pouls.	Tubercules miliaires dans les poumons.	Mort au 24.e jour.	Sangsues, calomel, vésicatoires.	Injection, échymoses dans la pie-mère, fausses membranes à la base, sablure du cerveau, faible épanchement dans les ventricules; point de ramollissement à leurs parois.
IV.e SECTION. — Hydrocéphales aiguës succédant, 1.° à une hydrocéph.le congéniale traitée par la ponction; 2° survenant à la suite d'une lésion accidentelle; 3° compliquant d'autres maladies cérébrales ou compliquées de lésions étrangères à cette affection.	13e	5 mois.	*idem.*	»	Hydrocéphale congéniale, traitée par la ponction.	Cris, vomissemens, coliques et dévoiement.	Refus de prendre le sein, insomnie, fièvre, gêne de la respiration, pupilles étroites, tremblemens convulsifs dans les membres, mort inopinée le lendemain, d'une quatrième ponction qui n'avait été suivie immédiatement d'aucun résultat fâcheux, mais qui avait donné issue à un liquide trouble et opaque.	»	Mort au 15.e jour depuis l'invasion des premiers symptômes.	Boissons adoucissantes.	Énorme dilatation des ventricules cérébraux, mais particulièrement du 4.e qui représentait une grande vessie à moitié remplie par un liquide opaque, d'une odeur un peu forte, fausses membranes sur les parois mêmes des ventricules.
	14e	14	masc.	»	Chute violente, fracture du crâne.	Perte de connaissance sur le moment.	Retour de la connaissance par l'effet d'un traitement antiphlogistique très-actif, sorte de convalescence au bout de trois mois, mais stupidité dans l'expression de la face, par moment cris désagréables, emportemens sans motifs, penchant à la masturbation, plus tard idiotisme complet, accès convulsifs de courte durée; sur la fin: roideur cervicale, dilatation des pupilles, absence de fièvre jusques dans les derniers momens.	Fracture double au crâne, l'une directe, l'autre par contre-coup, ramollissement du cerveau au voisinage.	Cinq mois et demi de maladie.	Traitement antiphlogistique et révulsif.	Énorme épanchement, dans les ventricules, d'un liquide trouble, fausses membranes partielles sur les parois de ces cavités, méningite très-étendue à la base du cerveau.
	15e	18	fém.	Lymphatique.	»	Céphalalgie fort ancienne, tumeur blanche sur une articulation.	Redoublement dans la céphalalgie, s'exaspérant par accès violens, vomissemens repétés, pouls lent, cris aigus, mouvemens latéraux des yeux, pupilles un peu dilatées, plus tard diminution puis retour de la cephalalgie avec les mêmes caractères, enfin redoublement dans ces accès, mort subite: la connaissance, la motilité et la sensibilité ayant persisté jusqu'à la fin.	Abcès enkysté à trois loges dans le cervelet.	Deux mois environ depuis l'accroissement de la céphalalgie.	Sangsues nombreuses, vésicatoires, réfrigérans.	Sécheresse de l'arachnoïde, aplatissement des circonvolutions, épanchement abondant dans les ventricules, ramollissement de la cloison et du trigone.
	16e	17	*idem.*	Lymphatique.	»	Céphalalgie intense, douleur dans l'arrière-gorge, vomissemens.	Douleurs aiguës avec élancemens dans tout le crâne, cris déchirans, agitation, changement de position, pouls fréquent, peu développé, langue rouge à sa pointe, diminution puis retour de la céphalalgie, mouvemens convulsifs des membres, renversement des yeux, mort inopinée.	Granulations lenticulaires grises dans la pie-mère, une dans l'épaisseur de la protubérance annulaire, polype laryngien, gastrite, nombreuses granulations dans les poumons.	Mort au 15.e jour.	Saignées, sangsues.	Sécheresse de l'arachnoïde, rougeur intense de la pie-mère, échymoses à sa surface, épanchement très-notable de sérosité dans les ventricules et à l'entrée du tube rachidien.
	17e	17	*idem.*	Lymphatique.	Suppression des règles.	Céphalalgie, tendance à l'assoupissement.	Douleurs aiguës dans tout le crâne, revenant par élancemens violens, vue trouble, étourdissemens, tournoiement des objets environnans, pouls d'une lenteur remarquable; de jour en jour il acquiert de la fréquence, alors assoupissement, pommettes violacées, yeux proeminens, pupilles dilatées, respiration gênée, injection veineuse de la face.	Granulations lenticulaires dans les poumons, le péritoine, et la pie-mère, apoplexie méningienne à la base du crâne, suffusion sanguine dans la protubérance annulaire.	Mort au 28.e jour.	Saignées, sangsues, vésicatoires.	Injection foncée de la pie-mère, énorme épanchement dans les ventricules, d'un liquide transparent, point de ramollissement à leur surface, tuméfaction et rougeur du plexus choroïde.
	18e	28	masc.	»	Bains de vapeur très-chauds.	Céphalalgie, délire interrompu par quelques momens lucides.	Stupidité, réponses vagues et sans suite, agitation délirante, pouls lent. Le lendemain, coma, résolution des membres, aucune déviation aux commissures buccales, respiration stertoreuse, bouche entr'ouverte, langue rétractée dirigeant sa pointe vers la voûte palatine, une des pupilles dilatée, mort instantanée.	Granulations dans la pie-mère, apoplexie méningienne à la base du crâne, ramollissement et suffusion sanguine dans la protubérance annulaire.	Mort au 17.e jour.	Saignée, vésicatoires.	Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, rougeurs par échymoses dans la pie-mère à la convexité, très-faible épanchement dans les ventricules, mais ramollissement gélatiniforme de la cloison et du trigone.
V.e SECTION. — Hydrocéphal. chroniques et non congéniaux, l'un simple, l'autre compliquée d'une production étrangère dans le cerveau.	19e	45	*idem.*	Tempérament sanguin, constitution apoplectique.	Aucune connue.	Faiblesse des membres inférieurs et du droit en particulier, bégaiement, diminution des facultés intellectuelles.	Embarras extrême de la parole; déviation de la commissure des lèvres à gauche, face rouge, pouls plein, resistant, plus tard, bredouillement confus, rire niais, stupidité, commencement de paralysie dans les membres du côté droit, amaigrissement yeux rouges et chassieux, secousses comme électriques dans les membres du côté gauche; sur la fin, somnolence, embarras de la respiration.	Gastrite survenue pendant la maladie.	Mort au 7.e mois.	Saignées nombreuses, sangsues, purgatifs drastiques.	Ventricules latéraux, contenant environ: le droit trois onces et le gauche cinq onces de sérosité limpide, membrane des ventricules granuleuse au toucher, hérissée d'aspérités, opaque, épaisse, plexus choroïde renflé d'espace en espace, durci, comme squirrheux.
	20e	60	fém.	»	»	Apportée à l'hôpital sans renseignemens.	Perte de l'usage de la parole et de tous les sens de rélation, engourdissement profond, conjonctives rouges, yeux chassieux, pupilles étroites, rigidité des membres supérieurs, inclinaison de la tête à gauche avec roideur, pouls calme; mort précédée d'un râle bruyant avec gêne de la respiration.	Tumeur anormale développée entre la tente du cervelet, et cet organe qu'elle comprimait.	»	»	Épanchement séreux abondant dans lès ventricules, avec épaississement très-notable de la membrane qui les tapisse, œdème de la substance cérébrale.
VI.e SECTION. — Maladies cérébrales variées, dont les symptômes ont offert quelque ressemblance avec ceux de l'hydrocéphale aiguë ou chronique, sans présenter les caractères anatomiques de cette affection.	21e	26	*Idem.*	Bonne constitution.	Disménorrhée.	Céphalalgie datant de huit mois.	Faible d'abord et passagère, vive et atroce dans les derniers temps, lenteur du pouls, diplopie, bourdonnemens d'oreille, plus tard, cris aigus, enfin coma, résolution égale des deux moitiés du corps.	»	Trois semaines après le retour de la céphalalgie.	Sangsues, calomel, glace sur la tête.	Congestion méningienne, hypertrophie du cerveau, endurcissement de sa substance, aplatissement des circonvolutions, coarctation des ventricules.
	22e	22	masc.	Forte constitution, tempérament sanguin.	Douches d'eaux thermales.	Céphalalgie violente, avec symptômes d'embarras gastrique.	Continuation de la céphalalgie comparée à un bandeau appliqué étroitement sur le front et se faisant sentir principalement au-dessus de l'arcade orbitaire droite, lenteur remarquable du pouls avec inégalités, soupirs, cris involontaires, plus tard, rêvasseries somnolence, diminution des facultés intellectuelles, assoupissemens comateux, commencement de paralysie dans le côté gauche du corps, gêne de la respiration, résolution générale; sur la fin le pouls est devenu fréquent, les pupilles n'ont jamais été dilatées.	Traces d'inflammation à l'estomac.	Mort au 24.e jour depuis l'invasion.	Traitement antiphlogistique des plus actifs, glace sur la tête, calomelas à l'intérieur, vésicatoires.	Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, méningite partielle à la convexité de l'hémisphère droite, avec épaississement remarquable de la pie-mère, et même de l'arachnoïde par déposition de fausses membranes à leur surface, ramollissement rouge d'une des circonvolutions voisines, aucune altération dans les ventricules.
	23e	21	*idem.*	Bonne constitution.	Contusion et fractures anciennes du crâne.	Douleur à l'épigastre sans fièvre, sans céphalalgie, bientôt ictère.	Plus tard, étourdissement, perte de la mémoire, lenteur remarquable du pouls, oscillation des pupilles, point de chaleur fébrile à la peau, résolution des membres à droite comme à gauche, enfin coma profond, fréquence du pouls, chaleur de la peau, collapsus général.	Ictère, traces d'inflammation à l'estomac.	Mort au 4.e jour depuis l'invasion des symptômes cérébraux.	Sangsues, sinapismes.	Fracture double, l'une à l'arcade orbitaire droite, l'autre à la voûte orbitaire du même côté, carie superficielle à la voûte orbitaire du côté gauche, ramollissement noirâtre circonscrit, à la face inférieure des lobes antérieurs du cerveau, aucune altération dans les ventricules.
	24e	5	fém.	Lymphatique.	Intelligence précoce.	Douleurs de tête anciennes, passagères, devenues plus vives.	Élancemens dans le crâne, cris plaintifs, vomissemens muqueux, soubresauts des membres, mâchonnement, pouls lent, petit, inégal, au 6.e jour convulsions générales, agitation des membres, de telle sorte que la bouche et le tronc sont inclinés à gauche dans ces mouvemens, rotation et distorsion des yeux, pupilles largement dilatées, fréquence incommensurable du pouls, nouvelles convulsions le lendemain, suivies de la mort.	»	Mort au 7.e jour.	Sangsues, sinapismes.	Crâne développé, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, cinq à six points granuleux existant à la surface même de l'arachnoïde à la convexité, aucune altération dans les ventricules ou la substance cérébrale.
	25e	45	*idem.*	Sanguin.	Coup de poing sur le crâne.	Aucun accident pendant un mois.	Au bout de ce temps, perte de la mémoire, irascibilité dans le caractère, confusion des idées, embarras de la parole, déviation de la bouche à gauche, peu de fièvre, plus tard: paralysie de tout le côté droit du corps, éruption d'une parotide 36 heures avant la mort.	»	Deux mois après le coup de poing.	Saignée, sangsues.	Vaste abcès enkysté dans l'hémisphère gauche du cerveau, contenant une matière verdâtre, odorante, et semblable au mucus par sa consistance, aucune altération dans les ventricules.
VII.e SECTION. — Guérison de maladies, ayant présenté les symptômes de l'hydrocéphale aiguë	26e	16	*idem.*	Lymphatique.	»	Violente céphalalgie.	Au bout de huit jours, somnolence, pupilles larges et peu mobiles, résolution et flaccidité des membres, pouls lent et faible, diminution graduelle de ces symptômes, retour de la connaissance, en même temps qu'une parotide se manifeste, guérison. Peu de temps après, toux, expectoration opaque, fièvre, redoublemens le soir, enfin symptômes de phthisie pulmonaire, qui fait périr la malade au bout de cinq mois. Une communication fistuleuse s'était établie quelques jours avant la mort, entre une caverne et la cavité de la plèvre.	Phthisie pulmonaire, pleuresie, pneumo-thorax, entérite.	Cessation des symptômes hydrocéphaliques au bout de 13 à 14 jours.	Sangsues.	Aucune altération dans le cerveau, les méninges et les ventricules.
	27e	15	masc.	Lymphatique.	Epistaxis habituels supprimés.	Vive douleur de tête, vomissemens abondans, perte du sommeil.	Réponses lentes, mémoire chancelante, continuation de la céphalalgie, pouls faible, inégal et lent, pupilles larges, mais sensibles à l'impression de la lumière; les jours suivans, diminution de la céphalalgie, pouls relevé, intelligence de plus en plus prononcée, cessation des symptômes cérébraux.	»	Au bout de 12 à 14 jours.	Sangsues aux tempes.	»

ployé pendant la première quinzaine que passa la malade à l'hôpital. L'état général s'étant amélioré, les lambeaux gangrénés du voile du palais détachés, on augmenta les alimens, on substitua le laudanum à la dose de gut. X le soir au julep diacode, on donna des gargarismes émolliens, puis astringens; les autres moyens furent continués. Pendant six mois, ce traitement fut maintenu avec des alternatives de mieux et de souffrances plus vives; la surdité, qui avait disparu, revenait par intervalles avec l'inflammation bucco-pharyngienne, les pustules restaient stationnaires, ainsi que l'ulcération du voile du palais. A chaque époque menstruelle, Chirot ressentait des douleurs de reins, de la céphalalgie, un état fébrile. Des saignées locales et générales, des bains de siége ne purent rétablir la menstruation. Tel était l'état de cette malade lorsque, dans les mois d'août et de septembre, M. Dominel eut recours aux bains de vapeur deux fois par semaine, et aux frictions d'éponge citrinée, à la dose d'un gros chaque jour, sur les pustules de la face. Après six bains et quinze frictions environ, ces moyens ayant ramené un état inflammatoire plus prononcé de la voûte palatine et du pharynx, avec fièvre, surdité complète, agitation, insomnie, on fut obligé d'y renoncer pour revenir au traitement primitivement employé; enfin ils cédèrent. Pendant tout le mois d'octobre, la malade resta dans un état d'abattement et de langueur générale, sans fièvre ni exacerbation des symptômes locaux.

Le 13 novembre, sans cause appréciable, elle se plaint pour la première fois d'une douleur vive dans les muscles de la région cervicale postérieure, avec raideur du cou et difficulté de mouvoir la tête. (*Cataplasmes sur le cou, bain de pieds sinapisé.*)

Le 14, douleurs cervicales plus vives, difficulté extrême des mouvemens dans cette partie; décubitus dorsal; la

nuit, agitation, frissons, horripilations, pouls petit et fréquent. (*Diète, potion avec le laudanum, orge, oximel, lavement émollient.*)

Le 15, cris plaintifs, pouls plus fréquent, impossibilité de mouvoir la tête par la violence des douleurs, raideur tétanique des muscles postérieurs du col, difficulté de mouvoir les bras sans aucune lésion de la sensibilité; les fonctions digestives et la respiration ne paraissent nullement altérées, ainsi que la motilité et la sensibilité des membres inférieurs. Les facultés intellectuelles sont intactes. (*Mêmes moyens.*)

16, 17. Nulle amélioration.

18. Respiration haute et difficile, ayant lieu plus particulièrement par les côtes; agitation plus vive la nuit; raideur plus prononcée des muscles du cou; regards fixes, réponses vagues, embarrassées; paralysie du bras gauche sans perte du sentiment; frissons suivis de tremblemens convulsifs de tout le corps, plus particulièrement des membres inférieurs.

19. Perte de connaissance pendant plusieurs heures; la nuit, délire, cris aigus et plaintifs; la malade, revenue à elle-même, répond aux questions qu'on lui adresse. Le bras gauche est toujours paralysé. Diminution marquée de la contractilité du bras droit et des membres inférieurs, avec altération de la sensibilité; respiration entrecoupée et comme saccadée; hoquets continuels.

20. Les symptômes de la veille persistent; perte absolue de sentiment et de mouvement qui dure plus de quatre heures et à deux reprises; intervalles lucides pendant lesquels la malade répond à quelques questions et reconnaît ceux qui l'entourent; respiration stertoreuse; les hoquets continuent.

21. Perte de connaissance; mort après douze heures environ d'agonie.

Autopsie cadavérique vingt heures après la mort. — *Système encéphalo-rachidien.* — Dure-mère rachidienne tendue et résistant sous le doigt. Aucune trace de liquide céphalo-rachidien entre les faces vertébrale et médullaire de l'arachnoïde. La portion médullaire de cette membrane dans toute la région lombaire et dans le tiers inférieur de la région dorsale, est soulevée, détachée du cordon rachidien. En pressant de bas en haut, le doigt chasse devant lui un liquide qui paraît blanc et se trouve interposé entre elle et la membrane propre de cet organe. L'incision fait reconnaître qu'il existe entre les deux membranes plus d'une ligne d'intervalle. Le fluide épanché est blanc, opaque, inodore, de consistance purulente, et peut être évalué à deux cuillerées à café. La moelle, dans les régions dorsale et lombaire, est dure, diminuée de volume, affaissée, d'une teinte rosée qui ne permet pas de distinguer les deux substances. Depuis la sixième vertèbre cervicale, en arrière, jusqu'à la protubérance annulaire près des tubercules quadrijumeaux, épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la membrane propre de la moelle; le sang est noir, concret, et forme autour de la moelle un véritable étui d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur, entièrement continu en avant, séparé en arrière vers la troisième vertèbre cervicale, dans l'étendue d'un pouce. L'arachnoïde, fortement distendue dans toute la région cervicale par l'épanchement sanguin, laisse apercevoir entre elle et le prolongement rachidien un fluide lymphatique rosé. Depuis ce point jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, cette membrane est opaque, épaissie, d'un blanc terne. La valvule de Vieussens est détruite en totalité par l'épanchement sanguin qui remplit le quatrième ventricule jusqu'au *calamus scriptorius*. En avant, la face antérieure du cordon rachidien (région cervicale) est recouverte dans toute sa longueur par l'épanchement san-

guin. Du côté gauche, le sang a pénétré dans chacun des trous de conjugaison jusqu'auprès des ganglions des racines postérieures. A la base du crâne, les caillots de sang entourent les trois éminences de la moelle alongée, la protubérance annulaire, les pédoncules antérieur et postérieur; ils se continuent en avant sur la ligne médiane jusqu'à la commissure des nerfs optiques, limités sur les côtés par le bord interne des lobes moyens et ces nerfs eux-mêmes, et finissent des deux côtés vers le tiers interne de la scissure de Sylvius.

Les membranes cérébrales ne présentent rien de notable, ainsi que la masse encéphalique. Les anfractuosités du cerveau et du cervelet, principalement de ce dernier, sont gorgées de sang; mais dans tout autre point, à la surface comme dans les cavités, nulle trace d'épanchement ou d'inflammation.

Thorax. — Côtes d'une friabilité extrême. Poumons sans adhérences ni tubercules, roses, crépitans en avant, gorgés de sang en arrière, sans aucune trace de lésion appréciable. Les bronches et le larynx sains dans toute leur étendue, mais fortement injectés.

Le cœur est petit, flasque, entouré d'une couche graisseuse, gorgé de sang noir.

Abdomen. — L'estomac et les intestins offrent des traces non équivoques d'une inflammation chronique.

Les autres viscères, la matrice elle-même, n'ont offert rien de remarquable.

Dans la bouche, le voile du palais est détruit en totalité, mais la voûte palatine et les os sont à l'état sain. L'origine de la trompe d'Eustache droite présente un bourrelet dur, engorgé, qui laisse à peine pénétrer un stilet dans sa cavité.

Sur la membrane muqueuse pharyngienne, ulcération de la largeur d'un franc; dans son centre existe un tuber-

cule gros comme une noisette, ramolli dans sa circonférence, dur et squirrheux au centre. Il est situé sur la ligne médiane, dans le corps même de la troisième vertèbre cervicale, qui est cariée et perforée, de telle sorte que l'arrière-bouche communique avec la cavité rachidienne par une ouverture irrégulièrement arrondie qui permet d'y introduire le doigt auriculaire. Au niveau de cette ouverture, la dure-mère et l'arachnoïde vertébrale sont ulcérées dans une étendue de trois lignes environ en tous sens.

Cette observation, si remarquable par les phénomènes observés pendant la vie et les désordres mis au jour par l'autopsie, montre jusqu'à quel point le mercure, employé par des mains imprudentes ou inhabiles, peut déterminer de graves résultats. Chaque jour cette vérité acquiert plus d'évidence aux yeux des praticiens éclairés, et l'expérience nous apprend que la plupart des syphilis invétérées ne sont devenues telles, et ne résistent si long-temps à tous moyens curatifs, que par l'abus de ce médicament, son emploi prématuré, les doses énormes qu'on introduit dans l'économie. Administré dans des conditions inflammatoires, comme il l'a été chez le sujet dont nous parlons, il entretient un état d'irritation qui détermine toujours une série d'accidens plus ou moins graves. Dans ce fait particulier, un traitement doux et rationel n'a pu arrêter la marche de ceux qui se sont développés, et lorsque l'inflammation a eu détruit par la carie le corps d'une vertèbre, ulcéré les membranes rachidiennes, une nouvelle série de symptômes s'est manifestée. En les suivant attentivement, il nous semble démontré que l'hémorrhagie encéphalo-rachidienne s'est successivement formée de bas en haut, et si la mort n'a pas eu lieu plus promptement par asphyxie, résultat de la compression des nerfs cervicaux, c'est que l'épanchement s'étant formé lente-

24..

ment, l'innervation a pu s'opérer encore pendant quelques jours. La raideur tétanique des muscles du cou, l'impossibilité des mouvemens de cette région, l'affaiblissement de la contractilité des membres supérieurs, joints à l'absence de tout symptôme cérébral les trois premiers jours, confirment cette assertion que l'hématorachis a été primitive, et que la base du crâne n'a été envahie que consécutivement. La difficulté de la respiration, les hoquets, ont précédé l'asphyxie, qui a été une des principales causes de mort; les observations analogues publiées par MM. Serres et Ollivier d'Angers, viennent à l'appui de cette théorie, qui est en harmonie avec les fonctions bien connues des nerfs diaphragmatiques. Une remarque également importante à consigner ici, est la paralysie des membres supérieurs avec diminution seulement de la sensibilité; elle prouve la réalité des résultats obtenus dans les expériences physiologiques sur les fonctions de la moelle. Les caillots, en effet, formaient en avant une gaîne continue qui comprimait plus particulièrement les cordons antérieurs du prolongement rachidien, tandis qu'en arrière l'hémorrhagie était moins abondante et présentait un espace sans aucune trace de sang. Cette différence donne l'explication rationnelle des phénomènes observés pendant la vie, et confirme l'opinion de MM. Bell et Magendie, sur les fonctions des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens.

Nous pourrions pousser plus loin les réflexions que nous inspire ce fait intéressant et qui jette un grand jour sur la symptomatologie des épanchemens rachidiens, mais nous avons cru suffisant d'en indiquer les points principaux et d'en déduire les conséquences les plus saillantes.

Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris, pendant l'année 1829, *des diverses méthodes thérapeutiques employées pour les combattre, et spécialement des mercuriaux, des vomitifs et des évacuations sanguines; par M.* TONNELLÉ, *ancien interne des hôpitaux* (1).

La fièvre puerpérale (2) est une des maladies qui a le plus exercé l'esprit des médecins; et cependant pour tout homme non prévenu, combien l'histoire de cette affection ne laisse-t-elle pas encore à désirer? Malgré de récens et incontestables progrès, peut-on dire en effet que la valeur des symptômes en soit bien déterminée? Les altérations anatomiques en sont-elles bien connues, dans leur nature, dans leurs formes mêmes? le traitement surtout en est-il sûr et précis? Bien loin delà, il est précaire, incertain, au point que chaque école, chaque homme a son système propre qu'il vante à l'exclusion de tous les autres, et que telle méthode qui brillait hier du

(1) Ce travail a été conçu sous les yeux et en quelque sorte sous l'inspiration de M. Desormeaux, médecin en chef de l'hospice de la Maternité. L'hommage lui en revient de droit. Aussi est-ce avec grand cœur que je prie cet excellent maître de l'accepter.

(2) La suite de ce travail montrera quelles sont les raisons qui me font préférer l'expression de fièvre puerpérale à celles de péritonite ou de métro-péritonite qui est généralement adoptée aujourd'hui. Toutefois, pour éviter toute fausse interprétation, je déclare d'avance que je n'attache point à cette dénomination l'idée d'une fièvre existant par elle-même, et indépendamment des organes.

Je ne considère cette expression que comme un terme générique plus large et plus compréhensif que les précédens, une sorte d'X algébrique qui, n'exprimant rien par elle-même, ne préjuge rien sur la nature de la maladie, et qui ne prendra pour nous de valeur qu'autant que lui en assignera l'observation.

plus vif éclat, est aujourd'hui oubliée pour telle autre, qui à son tour sera abandonnée demain. Quelles sont les causes qui peuvent ainsi entraver l'avancement de la science ? L'esprit de système qui nous tient asservis ici aux théories laiteuses, là à celle de l'irritation, et qui toujours nous fait sacrifier les fruits lents, mais sûrs de l'observation, aux rêves brillans d'une imagination trompeuse. D'un autre côté, l'isolement, le mépris du passé, qui nous porte à nous renfermer dans la sphère nécessairement rétrécie de nos observations propres, et à borner en quelque sorte l'horizon de la science aux limites de notre vue individuelle.

Ce n'est point en effet d'après l'observation de quelques mois, de quelques années, de toute une époque même, que l'on peut arriver à l'intelligence d'une maladie et en fonder le traitement sur des bases solides : le lendemain dément souvent l'observation de la veille, et l'observation exacte, rigoureuse ; car ce n'est point toujours dans le génie de celui qui observe qu'il faut chercher la raison de ces différences, mais bien dans ces singulières vicissitudes atmosphériques, si bien signalées par les grands maîtres, Hippocrate, Sydenham et tant d'autres : « *Variæ annorum constitutiones quæ neque calori neque frigori ortum suum debent, sed ab occultâ aeris diathesi et inexplicabili temporum ratione pendent.* »

C'est cet élément variable dans les maladies dont nous ne tenons point assez compte, cette mystérieuse et divine influence du père de la médecine (Τὸ θεῖον), qui se joue souvent de nos méthodes thérapeutiques, au point que celles qui guérissent à telle époque sont nuisibles ou au moins inutiles à telle autre : *Ita ut quâ methodo, currente anno ægros liberaveris, eâdem ipsâ, anno jam vertente, forsan è medio tolles.* » (Sydenh.)

Ces réflexions, vraies pour toutes les maladies, s'appliquent surtout aux affections épidémiques, et en particulier à la fièvre puerpérale qui se montre souvent sous cette forme. Toute histoire de cette maladie faite avec nos moyens actuels, sera donc nécesssairement incomplète et tronquée. Ce n'est que par une série d'observations recueillies à certaines distances, dans des conditions différentes, pour la description et la comparaison des diverses épidémies, et en quelque sorte la fusion de toutes les idées individuelles en une idée collective, qu'on pourra approfondir la nature de cette maladie, et arriver à une appréciation exacte des diverses méthodes thérapeutiques.

C'est pour entrer, autant que mes faibles moyens me le permettent, dans cette voie, qui me paraît la meilleure, que je me propose de retracer ici l'histoire succincte, mais fidèle, des fièvres puerpérales qui ont régné pendant l'année 1829 à l'hôpital de la Maternité de Paris, où les faits de ce genre se pressent avec une si prodigieuse rapidité ; et où tant de variété se cachent sous une apparente uniformité ; peut-être si j'avais bien sondé mes forces, n'aurais-je point embrassé un sujet aussi important, et qui demanderait d'ailleurs pour être approfondi bien plus de développement que n'en comportent nécessairement les limites d'une simple dissertation ; mais, d'un autre côté, j'ai quelque confiance que ce travail ne sera pas entièrement dépourvu d'intérêt, puisqu'il me donnera l'occasion d'exposer les résultats de la thérapeutique d'un homme dont on connaît assez le profond jugement et le vaste savoir, et dont l'habileté consommée a encore été mise dans tout son jour par la pratique des hôpitaux.

Espérons que les immenses matériaux qu'il recueille chaque jour sur la fièvre puerpérale, ne seront point

perdus pour la science, et qu'un jour viendra où il pourra l'enrichir du fruit de ses recherches.

Ce travail sera divisé en trois parties, qui comprendront, 1.° l'étude des altérations organiques, 2.° l'histoire des symptômes, 3.° l'exposé du traitement; mais avant d'entrer en matière, nous devons présenter ici quelques réflexions générales sur les causes de la maladie qui nous occupe.

Les fièvres puerpérales observées à l'hôpital de la Maternité pendant l'année 1829, se sont montrées plus graves et plus fréquentes qu'elles ne l'avaient encore été depuis la fondation de cet établissement.

Elle se sont souvent présentées sous la forme épidémique, principalement pendant les mois de janvier, de mai, d'août, de septembre et d'octobre, où elles ont sévi avec beaucoup de violence. On serait d'abord tenté de croire que c'est au froid et à l'humidité qui ont presque constamment régné pendant l'année, qu'il faut en attribuer le développement : mais si ces causes ne sont pas restées tout-à-fait étrangères à leur production, au moins serait-ce tomber dans une grave erreur que de ne rien voir au-delà. Pour s'en convaincre, il suffit en effet des observations suivantes. Pendant le froid sec et vif de janvier, les fièvres puerpérales ont été très fréquentes, mais, d'un autre côté, pendant le mois de décembre, où des conditions atmosphériques en apparence identiques ont été observées, à peine en avons-nous rencontré quelques exemples.

L'influence de l'humidité est tout aussi susceptible de controverse; car si, d'une part, ces fièvres se sont montrées en grand nombre pendant la saison d'été, qui a été généralement froide et pluvieuse, il faut bien avouer, d'un autre côté, qu'elles n'ont existé qu'en très-petit nombre à certains intervalles où se maintenaient les

mêmes conditions atmosphériques; qu'enfin elles ont sévi avec violence pendant la longue et remarquable sécheresse du printemps.

La viciation de l'air des hôpitaux, les affections morales auxquelles on fait généralement jouer un grand rôle dans la production de la maladie qui nous occupe, peuvent-elles mieux que les circonstances précédentes expliquer les fièvres puerpérales que nous avons observées? Nullement; car ces causes agissent d'une manière uniforme et constante : la maladie au contraire apparaissait le plus souvent sans règle ni mesure, sévissant pendant une semaine, un mois, pour disparaître ensuite et se reproduire encore.

Parlerons-nous maintenant de l'influence de la constitution, des maladies antécédentes, de l'allaitement, de la longueur et de la difficulté du *travail*, et de tant d'autres circonstances longuement énumérées par les auteurs? Qui ne voit au premier abord que chacune de ces causes peut tout au plus, chez telle femme en particulier, devenir l'occasion de la fièvre puerpérale, mais qu'étant purement individuelles, elles ne peuvent en aucune façon expliquer l'apparition simultanée, et en masse, d'un grand nombre de ces maladies (1)?

Aurons-nous recours à la contagion pour expliquer le développement de ces affections? Pas davantage; pour peu qu'on connaisse la disposition des salles de l'hôpital, on ne peut en effet admettre l'influence de cette cause. Une seule infirmerie rassemble toutes les maladies qui peuvent survenir à la suite des couches : avec les fièvres puerpérales les plus graves, se trouvent souvent réunies des affections légères. Certes, une telle

(1) Il n'était point très-rare de voir la fièvre puerpérale se produire chez dix ou douze femmes, dans l'espace d'un jour, d'une seule nuit.

disposition est bien propre à favoriser la contagion, et cependant nous n'avons rien observé qui pût y faire croire.

A cela, d'ailleurs, ajoutons que les nouvelles accouchées, quoique placées dans des cellules isolées, n'en contractent pas moins la maladie; que c'est même d'ordinaire, dans ce lieu, qu'elles en sont atteintes; que souvent elles sont affectées immédiatement après l'accouchement et ayant qu'elles aient eu communication avec les autres femmes.

Il faut donc nécessairement remonter à quelque cause plus générale, plus élevée, et en même temps susceptible d'une certaine mobilité; or, où trouver ces différentes conditions, si ce n'est dans l'influence de l'atmosphère, influence secrète, et encore impénétrable pour nous, mais cependant incontestable?

Première partie. — Des altérations anatomiques.

Chapitre premier. — Des altérations du péritoine. — L'inflammation du péritoine est une des altérations les plus fréquentes que nous ayons rencontrées à la suite des fièvres puerpérales, mais ce serait une grave erreur de penser qu'elle existât constamment.

Quelquefois, en effet, cette membrane conservait son aspect naturel, et les recherches les plus minutieuses n'y faisaient reconnaître aucun changement appréciable: ou bien elle contenait une petite quantité de sérosité inodore, transparente, citrine, ou légèrement rougeâtre, premier effet d'une inflammation à son début, et dont la mort avait fait disparaître les traces encore fugitives, ou simple résultat de la gêne de la respiration et de la circulation, qui était souvent portée à un haut degré dans l'affection qui nous occupe.

C'est surtout dans les cas les plus graves, où la mala-

die se terminait rapidement par la mort, que cette intégrité du péritoine s'observait le plus communément. Il existait presque toujours alors quelqu'altération de la matrice elle-même, de ses annexes ou de ses vaisseaux.

Les caractères anatomiques de l'inflammation du péritoine n'étaient pas toujours identiques; tantôt la cavité de cette membrane ne contenait point de liquide, mais on trouvait à la surface des circonvolutions intestinales une vive rougeur, et de petites membranes minces, blanchâtres, qui établissaient un commencement d'adhérence entre les diverses parties. Tantôt, et c'était le cas le plus fréquent, il existait dans la cavité de l'abdomen une certaine quantité de liquide trouble mêlé de flocons albumineux et de fausses membranes molles; jaunâtres; ou bien un pus épais, crémeux, parfaitement lié, homogène, et tout-à-fait semblable à celui contenu dans les phlegmons en suppuration.

L'inflammatiou du péritoine était le plus souvent bornée à la région hypogastrique, et se concentrait en quelque sorte aux environs de l'utérus; et alors même qu'elle était générale, c'est surtout dans ces parties qu'elle sévissait avec le plus de violence; quelquefois cependant, et par exception, elle affectait particulièrement certains autres points, la surface du foie, le mésentère, l'épiploon. Cette dernière partie se tuméfiait alors, et présentait des nodosités qui se sentaient parfaitement durant la vie, à travers les parois abdominales.

Il arrivait quelquefois que les fausses membranes revêtaient une couleur brune, qui a fait long-temps croire à une dégénérescence gangréneuse. C'est une erreur dont les progrès de l'anatomie pathologique ont depuis long-temps fait justice, et il serait assez inutile de revenir aujourd'hui sur ce sujet, si on ne retrouvait encore ces idées reproduites dans certains écrits récemment publiés sur la péritonite.

Chapitre II. — *Altérations de l'utérus.* — Les altérations de l'utérus déjà entrevues par Mercatus, Hoffmann, Pouteau, Delaroche, Leake et plusieurs autres, mais plus particulièrement étudiées de nos jours, étaient aussi fréquentes que nombreuses ; tantôt elles se rencontraient seules, tantôt elles se combinaient avec celles du péritoine auxquelles elles paraissaient le plus souvent préexister.

Ces altérations pouvaient se rapporter à trois principales :

1.° Inflammation simple de l'utérus et de ses annexes ;

2.° Suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques ;

3.° Ramollissement ou putrescence.

§. I.er *Inflammation simple de l'utérus.* — Les caractères anatomiques de l'inflammation de l'utérus portaient sur sa membrane interne, sa tunique extérieure ou péritonéale, son tissu propre.

La surface interne de l'utérus était presque toujours recouverte d'une couche putrilagineuse d'un rouge brun et d'une fétidité souvent insupportable. Ce produit était-il le résultat de l'inflammation ? Nous serions tentés d'en douter en songeant que souvent nous l'avons observé chez des femmes qui succombaient à des maladies étrangères à celle qui nous occupe ; mais souvent aussi l'existence de cette matière putride se liait au ramollissement et à la destruction de la membrane interne de l'utérus ; elle s'accompagnait de la production d'un pus demi concret, disséminé sous la forme de petites masses, et dès-lors il ne pouvait plus exister de doute sur la nature de l'altération.

Nous trouvions fréquemment déposées à la surface interne de l'organe une foule de petites granulations grisâtres apposées les unes à côté des autres, et offrant l'as-

pect du muguet; dans d'autres cas, c'était une couche de pus coneret, épaisse, jaunâtre et bien continue, qui tapissait la cavité utérine en totalité ou en partie. On conçoit qu'une semblable doublure était bien propre à favoriser l'absorption de la matière des lochies, en s'opposant à son libre écoulement, et que dans le eas où elle se serait détachée, elle eût pu facilement être prise pour une portion du tissu de l'utérus, et faire eroire à une dégénérescence gangréneuse de cet organe qui n'existait point.

La surface exterieure ou péritonéale de l'utérus offrait souvent de petites bosselures inégales, formées par le soulèvement du péritoine et par l'accumulation d'un liquide séro-purulent, ou même de véritable pus. Il arrivait quelquefois que ces vésicules se rompaient, et on trouvait la surface de l'utérus en partie dépouillée de son enveloppe extérieure, comme la peau de son épiderme à la suite de l'application d'un vésicatoire.

Les altérations du tissu propre de la matrice étaient généralement très-rares, si toutefois on en exeepte le ramollissement *ou putrescence* dont nous parlerons plus bas : dans les métrites les plus violentes il ne présentait ni injection, ni rougeur, et s'il s'y formait quelquefois du pus, ce n'était guère qu'aux environs du col, où les fibres sont plus lâches et plus écartées.

Hors ce cas, ce liquide s'observait presque constamment, soit dans le tissu cellulaire qui existe à la base des ligamens larges, au pourtour du col, etc., soit dans la cavité des veines et des vaisseaux lymphatiques.

Toutefois l'erreur était facile : or, si on n'apportait pas une attention scrupuleuse dans la dissection, il était aisé de prendre les collections purulentes amassées dans les différens points de ces vaisseaux pour autaut de petits abcès primitivement développés dans l'épaisseur même du tissu de l'utérus.

A ces altérations s'en joignaient ordinairement d'autres non moins importantes, et qui portaient sur les annexes de l'utérus, les ligamens larges, les trompes et les ovaires.

Les ligamens larges contenaient souvent du pus dans leur épaisseur. Il n'était point non plus très-rare d'en rencontrer dans la cavité des trompes. Quant aux ovaires, tantôt ils offraient une injection pure et simple, tantôt une infiltration séreuse accompagnée d'un commencement de tuméfaction et de ramollissement, tantôt, enfin, une infiltration purulente générale avec énorme gonflement et friabilité singulière de leur tissu.

Le plus souvent le pus restait disséminé et en quelque sorte combiné avec l'organe, comme dans le dernier degré de la pneumonie. Mais quelquefois aussi il se rassemblait en un seul foyer : chez une femme qui mourut à une époque avancée de la maladie, nous trouvâmes qu'un de ces abcès s'était fait jour dans le rectum par une ulcération à bords inégaux, et d'un demi-pouce environ de diamètre.

Chez une autre, un abcès semblable s'ouvrit dans la cavité du péritoine. Il n'est pas non plus très-rare de voir ces appendices contracter des adhérences avec les parois abdominales, et se vider spontanément à l'extérieur. On trouve des faits de cette nature dans Ruisch, Delamotte et quelques autres auteurs. M. Desormeaux a eu occasion d'en observer un semblable.

§. II. *De la suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques de l'utérus.* — C'est à M. Dance qu'appartient l'honneur d'avoir fait connaître le premier l'inflammation des veines utérines et ses funestes conséquences, dans un mémoire aussi bien pensé que bien écrit, qu'il a publié récemment dans les *Archives générales de médecine.*

Mais comme les observations de l'auteur n'ont point

été recueillies dans un hôpital spécialement destiné aux femmes en couche, il n'a pu rassembler qu'un petit nombre de faits épars, tels que le hazard les lui présentait, ensorte que beaucoup de personnes regardent encore cette inflammation des vaisseaux comme une altération d'une espèce rare, presque étrangère à la fièvre puerpérale, et qu'à peine si, dans les traités récens, il en est fait mention.

Quant à la suppuration des lymphatiques, je ne sache point qu'elle ait encore été observée ni décrite; toutefois je dois dire que l'étude de cette altération n'a pas une importance autre que celle de la phlébite, puisque les symptômes qui les caractérisent l'une et l'autre et les suites funestes qui en résultent pour l'économie sont constamment semblables. Nous ne croyons donc point utile de séparer ce que nous avons à dire de ces deux lésions.

La suppuration des canaux veineux et lymphatiques de l'utérus est une altération d'une fréquence telle, que nous la rencontrions à-peu-près trois fois sur cinq cas de fièvre puerpérale, ensorte qu'elle est presque aussi constante que la péritonite elle-même; tantôt elle existait seule, tantôt, et c'était le cas le plus fréquent, elle se combinait avec quelques-unes des altérations précédentes. Le plus souvent elle ne dépassait point les limites de l'organe, mais quelquefois aussi elle les franchissait et s'étendait, d'une part, aux veines ovariques, hypogastriques, et de l'autre, aux ganglions abdominaux, et jusqu'au réservoir de Pecquet.

Dans certains cas, on n'apercevait de pus que dans quelques vaisseaux isolés; dans d'autres circonstances, au contraire, on les en trouvait tous remplis, ensorte qu'on ne pouvait inciser un point de l'utérus sans voir ce liquide sourdre, sous la forme d'une multitude de gouttelettes, des orifices des vaisseaux divisés.

C'est surtout sur les parties latérales de l'utérus, à la base des ligamens larges, là où se rencontrent un grand nombre de veines et de lymphatiques, que nous rencontrions le plus communément l'altération qui nous occupe. Il en existait plus rarement vers l'insertion du placenta, où M. Dance paraît, au contraire, en avoir le plus souvent observé.

Les vaisseaux lymphatiques en suppuration se distinguaient facilement des veines par leur position superficielle sur les côtés de l'utérus, à la surface des ligamens larges, par la ténuité de leurs parois, l'aspect blanchâtre et laiteux qu'ils communiquaient à la membrane séreuse immédiatement appliquée sur eux, leur voisinage des grosses veines, leurs flexuosités, enfin les renflemens très-remarquables qu'ils présentaient de distance en distance.

Ces renflemens formaient quelquefois de petites poches remplies d'un pus crêmeux, et susceptibles d'admettre un noyau de cerise, et même un haricot.

Il fallait une certaine attention pour ne pas les confondre, comme nous le disions précédemment, avec des abcès développés dans le tissu même de l'utérus.

La membrane interne de ces vaisseaux était quelquefois inégale et épaissie, mais le plus souvent elle conservait son poli et n'offrait, pour toute altération, qu'une teinte terne ou une coloration jaunâtre.

Il faudrait bien se garder, suivant nous, d'en conclure qu'elle n'a point donné naissance au pus. C'est, en effet, le propre de toutes les membranes minces pellucides de n'éprouver que très-peu de modifications appréciables dans les inflammations les mieux caractérisées. Dans les phlébites ordinaires, les altérations portent presque exclusivement sur la membrane extérieure, qui est, comme on sait, de nature celluleuse, et qui se gonfle et s'épaissit au point de donner à ces vaisseaux l'apparence des ar-

tères. Aussi, lorsque cette membrane n'existe point, ou n'existe qu'en rudiment, comme dans les parenchymes des organes, dans les sinus veineux du crâne, l'inflammation doit-elle y laisser des traces beaucoup moins appréciables : on peut, d'ailleurs, faire valoir, en faveur de l'inflammation des veines, d'autres considérations imposantes qui ont été habilement exposées par M. Dance, et sur lesquelles il n'est point nécessaire de revenir ici. Quant aux lymphatiques, on ne voit pas pourquoi ils ne seraient pas susceptibles d'inflammation comme les veines; on retrouve, en effet, dans ces vaisseaux toutes les conditions qui paraissent concourir au développement de la phlogose dans les autres : augmentation considérable de leur capacité; accroissement de la vitalité qui leur est propre; froissemens divers pendant le travail de l'accouchement; contact avec les matières en décomposition qui recouvrent la surface interne de l'utérus; absorption de liquides puriformes, âcres, fétides, etc.

Au reste, nous attendrons, pour trancher la question, que les faits nous aient mis à même de le faire : jusques-là nous n'attacherons, si on veut, au terme de suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques, que l'idée de l'existence d'une certaine quantité de pus dans ces vaisseaux, sans rien préjuger sur son origine. Les conséquences que nous en voulons tirer n'en seront en rien infirmées.

La suppuration des veines et des lymphatiques de l'utérus était ordinairement accompagnée d'un certain nombre de symptômes qui, comme l'a très-bien remarqué M. Dance, sont exclusivement propres à ce genre d'altération.

La présence du pus dans ces vaisseaux et par suite son transport nécessaire dans toutes les voies de la circulation, causaient rapidement une infection évidente, palpable, de

toute la masse sanguine; et de là résultaient un certain nombre d'accidens généraux des plus graves, qui imprimaient à la fièvre puerpérale un caractère spécial, une physionomie caractéristique.

Les observations suivantes, prises entre cent, en fourniront la preuve.

Obs. I.ere — *Fièvre puerpérale avec phlébite utérine.* — Victoire Arno... âgée de 22 ans, d'une excellente santé, accoucha heureusement à la Maternité, vers le commencement de juillet. Le 4.me jour des couches, elle éprouva des frissons et quelques douleurs à l'hypogastre qui furent aussitôt combattues par une application de 50 sangsues. Le lendemain 5, le ventre était tendu et d'une extrême sensibilité; la face rouge, animée, le pouls dur, fréquent, développé; les lochies s'étaient supprimées dès la veille, les seins ne contenaient point de lait; on réitéra les sangsues auxquelles on adjoignit une potion huileuse et un bain de siége. Le 7, la scène était bien changée. A cet appareil de symptômes inflammatoires, avait succédé une prostration profonde; la face était pâle, grippée, les yeux demi éteints, la langue sèche, le pouls petit, fréquent, irrégulier: la malade n'articulait qu'avec peine; elle éprouvait de temps en temps quelques frissons et laissait échapper involontairement ses matières fécales.

Dans la soirée, elle eut du délire. Le 8, le corps se couvrit d'une sueur visqueuse, les extrémités se refroidirent, et la mort ne tarda pas à survenir.

Des frictions mercurielles, à la dose de trois onces chaque jour, le calomélas combiné avec l'extrait de jusquiame avaient été prescrits par M. Desormeaux et employés avec beaucoup de soin pendant cette dernière période.

Autopsie 24 heures environ après la mort. — La surface interne de l'utérus était recouverte d'une matière putrilagineuse, fétide; mais elle ne paraissait avoir subi elle-

même aucune altération; la section du corps de l'organe laissait voir les orifices béants de quelques sinus veineux pleins d'un pus jaunâtre et bien lié, que la plus légère pression en faisait abondamment suinter de toutes parts; ces sinus aboutissaient, à droite et à gauche, vers la base des ligamens larges, où l'on appercevait une énorme quantité de veines et quelques vaisseaux lymphatiques remplis du même liquide; l'altération se terminait brusquement dans ce point; les veines hypogastriques et ovariques étaient pleines de sang brun, fluide, et n'offraient aucun vestige de pus. La cavité du péritoine contenait dans sa portion inférieure un peu de liquide séro-purulent et quelques fausses membranes molles. Du reste, tous les autres organes étaient sains.

Cette observation, comme toutes celles de même nature, offre deux ordres de symptômes parfaitement distincts; les uns sont propres à l'inflammation des veines utérines, ou de la matrice elle-même; les autres au contraire, d'une nature bien différente, annoncent l'absorption du pus et l'infection de toute l'économie : on sent tout ce que cette distinction a d'utilité pratique : car si les antiphlogistiques doivent être employés avec énergie dans la première période, il est facile de concevoir que la seconde exige l'emploi de moyens bien différens; nous verrons par la suite avec quelle sagesse et quelle précision ces indications étaient constamment suivies par M. Desormeaux.

Pour peu qu'on étudie les observations de fièvre puerpérale *putride* qui nous ont été laissées par les anciens, on reconnaitra qu'elles ont pour la plupart, avec les faits de phlébite interne observés de nos jours, une remarquable et frappante analogie, ensorte qu'on ne peut guère douter que ces affections n'aient souvent dû leur caractère *putride* à l'absorption du pus, comme dans les faits que nous observons aujourd'hui.

« Dans les fièvres puerpérales putrides, dit Leake, le ventre se gonfle et se tuméfie rapidement; la physionomie des malades se décompose; la langue se sèche; les mains sont tremblantes; les lèvres livides; les narines ouvertes; les joues offrent souvent une couleur rouge foncée; les malades tombent dans la prostration, le pouls devient excessivement rapide, et finit par une sorte de fluctuation trémulente. »

Ces caractères sont en effet ceux que nous voyons chaque jour accompagner la seconde période de la phlébite utérine. Au reste, cet auteur, qui était resté étranger aux idées de métastase laiteuse, alors généralement répandues, avait déjà entrevu la cause de ces accidens.

Suivant lui, la fièvre puerpérale n'était primitivement que le résultat d'une inflammation, et si plus tard elle devenait putride, c'était par l'absorption des divers fluides purulens formés dans l'abdomen, fluides qui se mêlaient au sang et excitaient une fermentation putride dans toute sa masse. Ces idées étaient-elles le résultat de l'observation ou de simples vues théoriques, je l'ignore: mais elles n'en sont pas moins très-remarquables pour l'époque où elles ont été émises.

Si nous comparons le fait précédent à ceux observés par M. Dance, nous trouvons que la phlébite a marché avec beaucoup de promptitude; mais il est des cas où cette affection se produit bien plus rapidement encore, au point qu'elle paraît presqu'instantanée et en quelque sorte foudroyante.

Obs. IIme — *Fièvre puerpérale avec phlébite utérine; marche rapide.* — Marie Cons. âgée de 28 ans, d'une excellente constitution, accoucha heureusement à la Maternité, le 26 décembre, au soir; le lendemain 27 elle se trouva bien, mais le soir elle ressentit quelques douleurs vagues dans l'abdomen. Le 28, au matin, les dou-

leurs devinrent plus vives. Les lochies qui coulaient d'abord abondamment se supprimèrent entièrement; la face était pâle, décomposée; la langue sèche, le pouls petit, serré et fréquent. On prescrivit 50 sangsues à l'hypogastre et un bain de siége. L'écoulement de sang quoiqu'abondant ne calma point les douleurs; la malade éprouva pendant la journée beaucoup d'anxiété et d'agitation. Le soir, elle délira et tomba dans un état d'anéantissement profond : bientôt la peau se couvrit d'une sueur visqueuse; les extrémités se refroidirent, et la mort survint environ 20 heures après l'invasion de la maladie.

A l'autopsie nous trouvâmes :

L'utérus à peine revenu sur lui-même, et remplissant la presque totalité du bassin : sa surface interne recouverte d'un putrilage brun très-fétide; le col de l'organe, les ligamens larges, le tissu-cellulaire sous-péritonéal, infiltrés d'une grande quantité de pus bien consistant; la plupart des veines et des vaisseaux lymphatiques remplis du même liquide, qui s'échappait sous la forme d'une multitude de grosses gouttes, dans quelque point que l'on incisât le tissu utérin; les trompes gonflées et très-rouges; les ovaires ramollis, les ganglions lymphatiques du bassin et des lombes fortement gonflés.

Du reste, le péritoine n'avait éprouvé aucune espèce d'altération, non plus que les autres organes qui furent examinés avec un soin minutieux,

L'énorme quantité de pus contenu dans les vaisseaux de l'utérus et l'absorption inévitable de ce liquide, rendent parfaitement compte et de la gravité des symptômes et de la promptitude de la mort : mais comment expliquer la rapidité singulière avec laquelle le pus a dû se former?

Dans les inflammations extérieures les plus aiguës, la suppuration ne se fait guère qu'après plusieurs jours de travail; dans le cas précédent, au contraire, à peine si

vingt heures s'étaient écoulées depuis l'invasion de la maladie, et déjà l'utérus était fondu en pus.

Cette terrible rapidité dans la marche de la fièvre puerpérale ne se rencontre guère dans les affections sporadiques; elle s'observe presqu'exclusivement dans le cours des diverses épidémies; aussi doit-on en chercher la raison, bien moins dans les idiosyncrasies, les prédispositions individuelles, que dans le génie épidémique qui imprime à la maladie une physionomie propre, en modifie les caractères anatomiques, en fait varier la thérapeutique, en précipite ou ralentit la durée, en augmente enfin ou diminue le danger, suivant certaines conditions que nous ne pouvons saisir.

Habitués que nous sommes aujourd'hui à ne considérer les maladies que comme des faits isolés et sans liaison, et presque jamais dans leurs rapports mutuels; peu accoutumés d'ailleurs à l'observation des maladies épidémiques, dont les progrès de la civilisation tendent heureusement à nous débarrasser chaque jour, nous répugnons à admettre l'influence de causes générales que nous ne pouvons voir ni palper; sans cela, cependant, comment s'élever jamais à l'intelligence des maladies épidémiques? Telle année, tel mois, sont caractérisés par une rapidité singulière dans la marche des fièvres puerpérales. Tel autre, par le développement lent et progressif de ces mêmes affections; celui-ci, par la bénignité de la maladie; celui-là, par l'extrême gravité des symptômes; l'un par la prédominance de certaines altérations, l'autre par le succès de certaines méthodes thérapeutiques. Comment expliquer ces divers faits généraux, sans admettre l'existence d'une cause également générale qui domine toutes les individualités?

Ces idées ne sont point encore suffisamment justifiées, mais la suite de ce travail les développera et les mettra, nous l'espérons, dans tout leur jour.

Obs. III.e — *Fièvre puerpérale avec présence de pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et dans le canal thoracique. Tuméfaction considérable et ramollissement des ganglions de l'aine et des lombes.* — Lor., âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, primipare, entra à la Maternité le 1.er juillet 1829, et accoucha heureusement et à terme le 25 août suivant. Le même jour, frissons répétés, douleur dans les régions hypogastrique et lombaire, fièvre très-intense. M. Desormeaux prescrit une saignée copieuse, et une application de 50 sangsues sur l'abdomen. Le 2, douleurs excessives, suppression des lochies, nausées, rougeur de la face, vive réaction fébrile. On renouvelle la saignée et l'application des sangsues. Le 3, décomposition des traits, alternatives d'agitation et d'abattement, délire, météorisme du ventre, incontinence de l'urine et des matières fécales, petitesse et irrégularité du pouls. Mort le soir même.

Autopsie. — Une certaine quantité de pus était infiltrée entre les deux feuillets des ligamens larges de l'utérus; les vaisseaux lymphatiques remplis du même liquide formaient sur les bords de ces ligamens et sur les parties latérales de la matrice, de gros cordons superficiels, blanchâtres, flexueux, à parois très-déliées, renflés d'espace en espace, et environnant les grosses divisions veineuses qui étaient vides.

Les ganglions lymphatiques de l'aine et des lombes avaient acquis le volume d'œufs de pigeon. Ils formaient, surtout au-devant de la colonne vertébrale, des paquets très-volumineux; leur tissu était grisâtre, infiltré de pus, et s'écrasait avec une grande facilité sous le doigt.

Le canal thoracique, du volume d'une plume de cygne, était rempli d'un liquide épais, jaunâtre, qui nous parut du pus. La cavité du péritoine contenait environ un demi-litre de sérosité flocconeuse : le reste dans l'état sain.

Obs. IV.e — *Suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et du canal thoracique.* — Sophie G...., âgée de 21 ans, d'une bonne constitution, entra à la Maternité le 28 octobre 1829, au huitième mois de sa grossesse : elle éprouvait déjà un commencement d'œdématie des extrémités inférieures, qui augmenta beaucoup dans l'espace de quelques jours. Le 7 octobre, elle ressentit quelques frissons, des vomissemens et de la céphalalgie. Le 8, elle fut prise d'accès convulsifs qui se renouvellèrent pendant deux jours à des intervalles très-rapprochés, et tomba dans un état comateux profond. Un traitement conduit avec autant de sagesse que de vigueur, triompha de ces graves accidens. En même temps les contractions utérines se développèrent avec énergie, et la malade accoucha heureusement d'un enfant vivant. Elle se trouva bien d'abord ; mais un nouvel orage, plus terrible encore, l'attendait bientôt. Le lendemain, en effet, elle commença à souffrir à l'hypogastre et éprouva quelques frissons : on appliqua 50 sangsues sur l'abdomen. Le 3.e jour les lochies se supprimèrent ; il survint de vives douleurs dans toute la capacité abdominale, des vomissemens et une fièvre très-vive : on réitéra les sangsues. Le 4, la malade délirait ; elle s'agitait, articulait à grand'peine quelques mots sans suite, puis elle retombait dans un affaissement profond : elle avait les lèvres tremblottantes, les mouvemens mal assurés, le regard obtus ; les selles étaient liquides, très-fréquentes, d'une extrême fétidité ; la langue sèche, le pouls petit et fréquent. Elle succomba dans la soirée.

Les frictions mercurielles à hautes doses, les vésicatoires aux jambes, furent les principaux moyens employés dans les deux derniers jours.

A l'autopsie, nous trouvâmes la surface interne de l'utérus d'une couleur brune et superficiellement ramollie : le

tissu cellulaire qui unit le péritoine au corps de l'organe, les ligamens larges, infiltrés de pus; la plupart des vaisseaux lymphatiques remplis du même liquide, et formant, comme dans l'observation précédente, de gros troncs noueux superficiels, très-développés, snrtout vers les parties latérales de l'organe.

Cette altération n'était point bornée aux lymphatiques de l'utérus; elle s'était étendue à la plupart de ceux de l'abdomen qui étaient gonflés et d'une couleur laiteuse; le canal thoracique était lui-même énormément dilaté et rempli de pus en nature.

La cavité du péritoine contenait en outre une grande quantité de sérosité puriforme.

Le ventricule gauche offrait un commencement d'hypertrophie; tout le reste était sain.

Nous avons eu occasion d'observer plusieurs autres faits semblables aux précédens; mais les limites de cette dissertation ne nous permettent point d'en rapporter un grand nombre; d'ailleurs ces observations présentent entr'elles beaucoup d'analogie, en sorte que les unes peuvent donner une idée exacte des autres.

Le pus s'est-il formé primitivement dans les vaisseaux, ou bien y a-t-il été apporté par voie d'absorption? Ces deux opinions peuvent être également soutenues; car, d'une part, ce produit existait en certaine quantité entre les mailles du tissu cellulaire de l'utérus, et surtout dans l'épaisseur des ligamens larges, et dès-lors il peut se faire que les lymphatiques aient puisé dans ces points celui qu'ils contenaient; mais, d'un autre côté, il n'existait aucune espèce de proportion entre le liquide infiltré dans l'utérus et celui qui remplissait les vaisseaux sanguins, et d'ailleurs les ganglions lymphatiques offraient diverses altérations qui annoncent évidemment un travail inflammatoire.

Au reste, la question est beaucoup moins importante qu'on pourrait le croire; tout le danger de la lésion qui nous occupe vient de la présence d'une certaine quantité de pus dans les voies de la circulation et de son transport au sein de tous les organes. Or, que ce pus soit apporté dans les vaisseaux par absorption, qu'il s'y forme spontanément, les suites en sont absolument les mêmes.

Ces effets ne diffèrent point non plus de ceux qu'entraîne la suppuration des veines; le résultat commun, c'est toujours l'absorption du pus, ce sont les terribles accidens qu'elle détermine. Nous retrouvons en effet, dans les deux dernières observations, à-peu-près les mêmes symptômes que nous avons observés dans les premières.

Jusqu'ici nous avons vu la phlébite bornée à l'utérus; mais il arrive souvent qu'elle franchit les limites de cet organe et s'étend aux veines environnantes: d'un autre côté, nous l'avons observée dans ces dernières, sans que rien annonçât son existence dans les vaisseaux propres de la matrice; c'est ce que prouve le fait suivant, curieux sous plusieurs rapports.

Obs. V.^e — *Fièvre puerpérale, avec inflammation des veines hypogastriques, crurales et iliaques.* — Marie Mart...., âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, éprouva au troisième jour d'une couche heureuse, les symptômes d'une fièvre puerpérale grave. Combattue par des saignées locales très-abondantes, la maladie ne tarda pas à s'amender, et parut enfin céder complètement le huitième jour. Mais bientôt il survint de la céphalalgie, des bourdonnemens d'oreille, de l'agitation et de l'abattement, et tour-à-tour un délire passager. Le 13, la malade ressentit des frissons, et les douleurs abdominales, qui avaient entièrement disparu depuis long temps, se réveillèrent avec force.

On combattit cette récrudescence à l'aide de frictions mercurielles, à la dose de deux onces chaque jour.

Elle fut encore soulagée, et parut devoir entrer de nouveau en convalescence. Déjà même elle commençait à se lever et à prendre quelques alimens : toutefois elle éprouvait chaque jour un léger mouvement fébrile et continuait à maigrir. Le 22, les extrémités inférieures devinrent le siège d'une énorme infiltration. Le 29, les douleurs de ventre, les vomissemens et la fièvre se renouvellèrent et ne disparurent plus. Le 31, elle tomba dans un état de prostration extrême, et succomba.

A l'autopsie, nous trouvâmes la cavité du péritoine remplie de pus et recouverte de fausses membranes qui unissaient d'une manière intime les diverses circonvolutions intestinales. L'utérus, complètement revenu sur lui-même, n'offrait aucune espèce d'altération.

Les veines hypogastriques étaient considérablement dilatées et remplies d'une grande quantité de pus épais et grisâtre : les deux veines crurales, les iliaques et une partie de la veine cave inférieure, contenaient un caillot dense qui renfermait dans son centre une certaine quantité de pus en nature, et fermait tout passage au sang. Les parois de tous ces vaisseaux étaient très-épaissies, inégales et rugueuses : la partie la plus élevée de la veine cave inférieure, qui ne participait point à cette altération, fut trouvée entièrement vide, blanche, et notablement revenue sur elle-même.

Les autres organes étaient dans l'état naturel.

Dans cette observation, nous voyons la phlébite occuper les gros troncs veineux avoisinant l'utérus, et nous n'en trouvons aucune trace dans cet organe lui-même. Il faut donc admettre que l'inflammation peut se développer de prime-abord dans ces gros troncs, à moins qu'on ne suppose qu'elle s'est terminée par résolution dans les veines utérines, et qu'elle a persisté dans les autres ;

mais cette hypothèse est toute gratuite, et nous ne voyons pas comment on pourrait l'appuyer.

La phlébite paraît s'être développée dès le commencement de cette longue maladie; les accidens généraux qui se sont manifestés vers le neuvième jour, les tintemens d'oreilles, l'agitation, l'abattement, le délire, l'annonçaient assez : toutefois, malgré l'étendue des surfaces enflammées, ces symptômes d'infection purulente n'ont point été aussi graves que dans les cas précédens : ce fait peut paraître étrange au premier abord, mais pour peu qu'on y réfléchisse, la raison en sera facilement saisie. Une certaine quantité de pus a d'abord été portée dans le torrent de la circulation : mais bientôt le caillot qui s'est formé dans les veines crurales, iliaque et cave inférieure, en interceptant la circulation, a circonscrit et, en quelque sorte, emprisonné le pus, et s'est, par conséquent, opposé aux funestes accidens qu'une absorption plus longue n'eut pas manqué de produire : le gonflement œdémateux des extrémités inférieures qui s'est manifesté pendant la vie, les adhérences et la solidité du caillot qui remplissait les vaisseaux en question et, enfin, l'état de vacuité et le resserrement de la veine cave inférieure, ne peuvent laisser aucun doute sur cette interruption de la circulation.

Dans les observations précédentes, nous avons vu l'absorption du pus, suite de l'inflammation des vaisseaux de l'utérus, déterminer les accidens généraux les plus graves et entraîner la mort au milieu du trouble de toutes les fonctions, sans lésion appréciable du tissu des organes : mais il arrive souvent que l'altération des liquides réagit sur les solides, et devient pour eux la cause de lésions très-fâcheuses, dont les observations suivantes donneront quelques exemples.

Obs. VI.[e] — *Fièvre puerpérale avec phlébite utérine;*

perforation de l'estomac ; ramollissement de presque tous les organes. — Eugénie Porch....., âgée de 25 ans, d'une bonne constitution et d'une excellente santé, accoucha heureusement à la Maternité le 20 juillet 1829. Le troisième jour des couches, elle ressentit quelques frissons et de vives douleurs abdominales : on appliqua quarante sangsues à l'hypogastre. Le 4, elle eut beaucoup de fièvre et vomit fréquemment; le ventre était ballonné; très-sensible, la respiration anxieuse, le pouls serré et très-fréquent; l'abattement et la stupeur commençaient déjà à se peindre dans ses traits. On renouvella l'application de sangsues. Le 5, elle délira, vomit fréquemment, et refusa opiniâtrement les boissons. On commença l'emploi des frictions mercurielles à la dose de deux onces chaque jour. Le 6, le délire était continuel, la face décomposée, l'air égaré, le pouls petit et fréquent. Elle ne tarda pas à tomber dans le coma, et périt, conservant jusqu'à la fin une invincible répugnance pour les boissons.

Autopsie. — La cavité du péritoine contenait une petite quantité de liquide séro-purulent.

L'utérus, à peine revenu sur lui-même, occupait toute la cavité du bassin; ses veines étaient remplies d'un pus épais et jaunâtre qui s'écoulait de presque tous les points de l'organe, mais surtout de ses parties latérales : on remarquait vers les angles supérieurs plusieurs gros cordons lymphatiques également remplis de pus, qui se prolongeaient dans l'épaisseur des ligamens larges, et remontaient avec les veines ovariques jusque dans l'abdomen.

Le grand cul-de-sac de l'estomac était percé de trois ouvertures de la largeur d'une pièce de cinq francs chacune; les bords en étaient inégaux, frangés, d'une mollesse remarquable, et d'une teinte brune très-foncée qui s'étendait à une certaine distance des perforations, disparaissait d'une manière insensible, et se retrouvait encore

dans d'autres points de l'organe ; quelques adhérences molles et de formation récente unissaient ces ouvertures à la face interne de la rate et au lobe gauche du diaphragme. Les poumons étaient engoués et parsemés de nodosités circonscrites analogues à certains engorgemens hémoptoïques. Le cerveau, le cœur, le foie et, en général, tous les organes, offraient une mollesse et une flaccidité extrêmes qui contrastaient singulièrement avec le beau développement et la riche coloration du système musculaire.

L'altération du sang, suite de l'importation d'une grande quantité de pus dans les voies de la circulation, ne s'est point seulement annoncée chez cette malade par les symptômes généraux que nous avons observés dans les cas précédens : elle s'est encore imprimée en gros caractères sur tous les organes.

Comment, en effet, pourrait-on expliquer cette désorganisation de l'estomac, ces engorgemens circonscrits du poumon, enfin ce ramollissement de tous les organes, si ce n'est par une cause dont l'influence délétère pèse sur toute l'économie. Et comment nous accuserait-on de sortir des limites d'une rigoureuse et légitime induction, si nous disons que cette cause générale c'est l'infection purulente que nous suivons en quelque sorte à la trace.

La désorganisation et la perforation de l'estomac paraissent bien souvent un phénomène cadavérique; mais les symptômes observés pendant la vie, la teinte noirâtre des parties voisines, l'état de ramollissement de tous les autres organes, enfin les adhérences qui commençaient à s'établir autour de ces perforations, excluent toute idée semblable pour le cas qui nous occupe.

Ces ramollissemens des organes les plus dissemblables s'observent surtout dans les cas où quelque cause délétère exerce sur toute l'économie sa funeste influence : dans les

maladies pestilentielles, dans le typhus, dans l'empoisonnement du sang déterminé chez l'homme par l'absorption des miasmes, ou chez les animaux par l'injection de matières putrides dans les veines. L'expérience de tous les jours vient donc à l'appui de nos suppositions.

Quant aux engorgemens circonscrits qui existaient dans les poumons, c'est encore à l'absorption du pus qu'il nous faut les rapporter; mais ce sujet a été si bien traité par M. Dance, que je ne pourrais qu'affaiblir ce qu'il en a dit.

Chacun peut voir dans le beau mémoire de l'auteur par quelle rigoureuse induction il a su rattacher à l'altération principale ces engorgemens partiels et certaines collections purulentes qu'on observe quelquefois dans ces organes et dans quelques autres : aussi, quoique nous ayons eu occasion d'observer des faits de même nature, nous ne croyons point devoir nous y arrêter.

(*La suite au prochain Numéro.*)

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Tableau comparatif des accouchemens observés dans le royaume de Wurtemberg, du 1.er *juillet* 1821 *au* 1.er *juillet* 1825; *par le D.r* Riecke. (*Suite et fin.*) (1)

Opération césarienne. — 1.° L'opération césarienne a été faite sur deux femmes vivantes. La première de ces femmes était âgée de trente-deux ans; elle avait dans une première grossesse avorté au cinquième mois. Elle était en travail depuis deux jours; les eaux s'étaient écou-

(1) *Voyez* les *Archives*, mai 1829, page 76.

lées depuis douze heures. L'accoucheur qui fut appelé trouva l'orifice utérin à peine assez ouvert pour y introduire le doigt. La tête se présentait dans une bonne position; le bassin était très-étroit, les contractions très-fortes et fréquentes. Au bout de douze heures, l'orifice pouvait admettre deux doigts, et quelques heures après on put en introduire trois. Cependant la tête restait mobile au-dessus du détroit abdominal. On essaya d'appliquer le forceps, mais on n'y réussit qu'au bout d'une heure et avec beaucoup de douleurs pour la mère. Cette tentative, quoique secondée par d'énergiques contractions utérines, n'eut pas le moindre succès, et au bout d'une demi-heure on se vit obligé d'y renoncer pour cause d'affaiblissement progressif, de perte de connaissance et de convulsions de la mère. Ces accidens se dissipèrent par l'effet de quelques moyens appropriés, et les contractions se renouvelèrent. Ce fut alors que l'accoucheur, persuadé de l'impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, proposa à la mère l'opération césarienne. Un autre accoucheur, qui fut appelé, se convainquit également de la nécessité de cette opération. Le diamètre antéro-postérieur du bassin fut estimé à deux pouces et demi, et le diamètre transverse à deux pouces trois quarts. L'opération fut entreprise le 2 avril 1823. L'espace compris entre l'ombilic et la symphyse pubienne se trouvant trop petit pour faire l'incision dans la ligne blanche, on la pratiqua du côté gauche, et à un pouce de distance de l'ombilic, vers le côté droit de l'hypogastre, de manière que son milieu tombait sur la ligne blanche. Cette incision avait une étendue de sept pouces. L'utérus fut incisé dans la même direction. L'enfant, dont la mère avait encore senti les mouvemens douze heures auparavant, était mort. L'hémorrhagie, pendant l'opération, fut peu considérable, et aucun accident fâcheux

n'eut lieu. L'utérus se contracta. La plaie extérieure fut réunie au moyen de quatre points de suture et de bandelettes agglutinatives. La partie inférieure de la plaie fut laissée ouverte pour laisser un libre écoulement au sang; l'abdomen fut contenu par un bandage à plusieurs chefs. L'accouchée se trouva bien immédiatement après l'opération, qui avait duré un quart d'heure. Il en fut de même le lendemain; mais dans la nuit du 4 au 5 avril, l'abdomen se gonfla, il survint un frisson fébrile, suivi de faiblesse, de perte de connaissance et de convulsions; la mort arriva le 5 avril. On trouva la partie supérieure de la plaie abdominale réunie; les bords de la plaie utérine n'étaient que légèrement agglutinés entre eux; l'utérus s'était bien contracté, son tissu était légèrement phlogosé, mais non gangréné; une sanie d'un brun foncé recouvrait sa face interne. L'estomac était fortement enflammé à sa paroi postérieure et à la petite courbure, ainsi que le canal intestinal. Les autres viscères de l'abdomen étaient en bon état.

La seconde opération césarienne eut lieu en 1823, sur une femme chez laquelle l'accoucheur, en opérant la version sur les pieds, avait arraché le tronc de l'enfant et laissé la tête dans l'utérus. Pour extraire ensuite la tête, il s'avisa de pratiquer l'opération césarienne; la femme succomba au bout de deux jours. Ce cas a donné lieu à une enquête judiciaire dont les résultats ne sont pas indiqués.

2.° L'opération césarienne a été faite trente-deux fois sur des femmes mortes. On compte en général une opération césarienne après la mort sur 6,854 accouchemens. Plus du tiers des mères étaient mortes d'hémorrhagies, tenant, pour la plupart, à la présence du placenta sur l'orifice utérin. Une de ces femmes était morte par suite d'une hémorrhagie produite par un coup sur le pied

parsemé de grosses varices. Le quart environ des mères étaient mortes pendant le travail; les unes d'épuisement, les autres à la suite de tentatives pour appliquer le forceps ou pour pratiquer la version; d'autres par une attaque d'apoplexie ou par une maladie aiguë ou chronique (la phthisie). Peu de ces femmes étaient au terme normal de la grossesse; la plupart étaient au huitième ou au neuvième mois.

L'opération fut pratiquée, dans la plupart des cas, peu de temps après la mort des mères, et, cependant, les résultats qu'on en obtint furent peu avantageux. Sept enfans sur trente-deux furent extraits vivans; quatre des mères étaient mortes d'hémorrhagie par suite d'implantation du placenta sur l'orifice; une cinquième était morte de fièvre nerveuse au huitième mois de la grossesse; une sixième de convulsions pendant le travail, une dernière d'un exanthème aigu. Dans ces cas, l'opération fut faite immédiatement après la mort de la mère; dans un seul, deux heures s'étaient écoulées avant l'opération. Six enfans sur les sept succombèrent peu de temps après leur extraction; un seul, du sexe féminin, resta en vie.

3.° La gastrotomie ne fut pratiquée qu'une seule fois, sur une femme morte avec un fœtus extra-utérin. Cette femme étant morte depuis dix-huit heures, le fœtus était mort.

Embryotomie, perforation du crâne et paracentèse. — Sur quatorze cas d'embryulcie, cinq ont eu lieu dans le cercle du Danube, autant dans le cercle de la Jaxt, deux dans celui du Neckar, et deux dans celui de la Forêt-Noire. On compte en général une de ces opérations sur 15,856 accouchemens; et une sur 568 accouchemens artificiels. Elle consistait tantôt dans la simple extraction de l'enfant avec des crochets aigus, tantôt dans l'ablation d'un bras, tantôt dans l'extraction de quelques viscères;

on a aussi coupé en deux le corps du fœtus; dans deux cas, on a en même temps perforé le crâne.

Les causes les plus fréquentes qui ont conduit à ces tristes secours étaient des positions anormales du fœtus qu'on avait négligé de corriger par la version en temps utile; dans deux cas où la perforation du crâne avait été faite pour cause d'étroitesse du bassin, on se vit encore obligé, par la même raison, de pratiquer l'embryulcie.

Quatre mères devinrent victimes de cette opération; une d'elles succomba dans les convulsions peu de temps après l'accouchement; les autres, au bout de quelques jours, affectées de gangrène de l'utérus. Deux de ces femmes étaient primipares; trois d'entre elles avaient dépassé l'âge de 35 ans; tous les enfans paraissent avoir été morts avant l'opération.

Outre le cas de décollement déjà mentionné à l'occasion de l'opération césarienne, il y en eut encore onze autres dans lesquels des parties de fœtus furent involontairement arrachées, soit par des sage-femmes, soit par des accoucheurs ignorans; cinq des mères succombèrent; la plupart des enfans étaient en putréfaction. Chez l'un d'eux on arracha d'abord la tête, puis les extrémités, en sorte que le tronc resta seul dans le sein de la mère.

Le nombre des perforations du crâne fut assez considérable, c'est-à dire de 84; il y en eut 24 dans le cercle du Danube, 16 dans le cercle de la Jaxt, 29 dans celui du Neckar, et 15 dans celui de la Forêt-Noire; le rapport des perforations aux accouchemens, en général, était comme 1 à 2,643, et aux accouchemens artificiels comme 1 à 92. Ces opérations ont quelquefois été faites sans nécessité; plusieurs des femmes ainsi opérées sont accouchées plus tard naturellement. Une fois, la version ayant été pratiquée et l'extraction de la tête occasionnant de grandes difficultés, on était sur le point de perforer le

crâne; mais la mère, très-fatiguée, s'opposait à cette nouvelle opération; on laissa passer la nuit; le lendemain, la perforation fut superflue; la tête fut expulsée naturellement.

Sur les 84 mères opérées par la perforation du crâne, 31 ont succombé. Les enfans paraissent tous avoir été morts avant l'opération. Presque toujours la perforation du crâne avait été précédée de tentatives pour appliquer le forceps, et cela au détriment des mères; car les perforations non précédées de ces tentatives offrent des résultats beaucoup plus favorables que les autres. La répugnance des accoucheurs à pratiquer la perforation du crâne lorsque l'enfant est encore en vie, est d'une influence très-fâcheuse pour les mères. Les tentatives d'extraction avec le forceps, que beaucoup d'accoucheurs continuent jusqu'à l'extinction de la vie de l'enfant, tout en prévoyant la nécessité de la perforation du crâne, épuisent les mères au point qu'elles succombent presque nécessairement à la suite de ces efforts violens. Les suites ne sont pas moins fâcheuses lorsque l'accoucheur se décide à attendre patiemment que l'enfant soit mort. La perforation du crâne, exécutée avec les précautions convenables, n'est pas en elle-même une opération bien dangereuse. Parmi les femmes soumises à cette opération, il s'en est trouvé une qui l'a subie dans onze accouchemens consécutifs, et jamais elle n'en a éprouvé de suites fâcheuses.

La perforation a été assez fréquente chez des primipares d'un âge avancé, et cela avec un succès moins favorable qu'en général.

Il y a eu vingt cas de *paracentèse*, dont deux du bas-ventre et les autres de la tête pour cause d'hydrocéphale. Une seule mère est morte.

Il y a eu une paracentèse sur 11,100 accouchemens en général, et une sur 400 accouchemens artificiels.

Accouchement avant terme provoqué par l'art, et

accouchement forcé. — L'accouchement n'a été provoqué avant terme que sur une seule femme, dont voici l'histoire : cette femme était d'une constitution robuste, de moyenne taille et d'une bonne santé. Son premier accouchement avait duré trois jours, et s'était terminé par la naissance d'un enfant mort et putréfié. La seconde et la troisième fois, elle avait été accouchée, à l'aide du forceps, de deux enfans également putréfiés. Au quatrième accouchement l'enfant s'était présenté dans une mauvaise position ; on avait fait la version et il était mort. Le cinquième enfant se présenta par le bras ; on fit la version, et l'enfant fut retiré mort et putréfié. Le premier, le second, le troisième et le cinquième accouchemens n'avaient eu lieu que dans la quarante-deuxième ou quarante-troisième semaine de la grossesse ; le médecin appelé auprès de la femme avait trouvé, en opérant la version, que le promontoire sacré faisait une forte saillie dans l'intérieur du bassin, et réduisait le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal à trois pouces. En janvier 1822 ce même médecin fut consulté par la femme à laquelle il avait déjà proposé l'accouchement provoqué pour des cas futurs, et comme elle se trouvait de nouveau enceinte, il fut résolu de procéder à cette opération. Le 3 février, dans la trente-quatrième semaine de la grossesse, le prof. R. qu'on avait appelé en consultation, entreprit de décoller les membranes de l'œuf du pourtour de l'orifice interne de l'utérus, sans perforer ces membranes elles-mêmes. Le borax, le castoréum, et d'autres moyens furent donnés pour provoquer les contractions de l'utérus. Celles-ci commencèrent le 14 février ; le 16 la poche des eaux se rompit ; un bras se présenta ; on fit la version, après laquelle l'enfant fut expulsé sans secours jusqu'aux hanches ; sa sortie ultérieure souffrit de grandes difficultés, et comme le cordon ombilical n'avait que onze pouces de long, l'extrac-

tion ne put être faite qu'après le décollement du placenta. La tête ne mit point d'obstacle à l'extraction. L'enfant, du sexe femelle, était mort, quoique pendant le travail il eût encore donné des signes de vie. Il portait en apparence les signes d'une maturité presque parfaite. Le diamètre transverse de la tête avait trois pouces quatre lignes; le diamètre occipito-mentonnier cinq pouces; la longueur totale de l'enfant était de onze pouces. L'accouchement et la période des couches furent si aisés, en comparaison des couches antérieures, que, malgré l'issue malheureuse pour l'enfant, les parens eux-mêmes demandèrent que l'accouchement fût provoqué, lorsque la mère se trouva de nouveau enceinte en août 1823. Elle devait accoucher au commencement d'octobre. Le 3 août on décolla les membranes de l'œuf à l'aide d'un cathéter en corne, légèrement courbe; le décollement eut lieu dans une étendue de deux pouces et demi à trois pouces, tout à l'entour de l'orifice utérin, sans douleurs pour la mère et sans lésion des membranes. Nulle part l'instrument ne rencontra de la résistance, si ce n'est à l'angle sacro-vertébral. Le travail ne tarda pas à se déclarer, il dura six à sept jours, puis les contractions cessèrent peu-à-peu. Avant de procéder à l'opération on avait prescrit une saignée et un purgatif, puis on avait employé des bains tièdes. Le 9 septembre le décollement fut opéré une seconde fois et une troisième le 17. Cette fois on entama un peu les membranes, puis on donna le borax, le castoréum, etc.; les contractions augmentèrent, et le 27 septembre dans la trente-huitième semaine de la grossesse l'accouchement se fit spontanément. La première période fut longue et douloureuse, mais lorsque la tête fut descendue dans l'excavation, la poche des eaux se rompit et l'enfant fut expulsé avec une promptitude telle que la sage-femme eut à peine le temps de le recevoir. L'enfant

était petit, mais il portait les signes d'une prochaine maturité. Le diamètre transverse de la tête, mesuré dix-huit heures après l'accouchement, avait trois pouces quatre lignes. L'enfant, du sexe féminin, se porta bien durant les sept premiers jours; il paraissait plein de vie et prenait le sein de la mère; mais au bout de ce temps il tomba malade et succomba après trois semaines, après avoir passé plusieurs jours dans les convulsions. Les couches furent plus normales que jamais. En 1824 et en 1825, la même femme, enceinte de nouveau, fut accouchée à l'aide du forceps et de la version, d'une fille à terme, mais morte. On avait fait, cinq semaines auparavant, une tentative pour décoller les membranes à l'entour de l'orifice interne de l'utérus, mais cette tentative pour provoquer un accouchement avant terme n'avait pas eu de succès.

Le nombre des *accouchemens forcés* opérés de 1821 à 1825 a été de quatorze, dont cinq dans le cercle du Danube, sept dans le cercle du Neckar, un dans le cercle de la Jaxt et un dans celui de la Forêt-Noire. On compte un accouchement forcé sur 15,856 accouchemens en général et un sur 568 accouchemens artificiels.

L'indication a été, dans tous les cas, l'insertion du placenta sur l'orifice de l'utérus avec hémorrhagie grave. Le plus souvent la perte de sang avait duré plusieurs jours avant qu'on eût recherché les secours de l'art. Ordinairement elle s'était déclarée au huitième mois de la grossesse, mais plusieurs fois aussi au dixième seulement. Chez six mères l'issue fut fâcheuse; tantôt par l'effet de l'hémorrhagie et tantôt par suite d'une métrite. Il y eut neuf enfans morts-nés. Il résulte de là qu'on a perdu plus d'un tiers des mères et plus de la moitié des enfans. Les secours ordinairement employés consistaient dans la dilatation de l'orifice utérin, la version de l'enfant sur les pieds et son extraction. Dans quelques cas la tête fut

extraite à l'aide du forceps. Chez quelques femmes on a trouvé le placenta inséré sur l'orifice dans plusieurs grossesses consécutives.

Accouchemens par le forceps. — Le nombre des accouchemens par le forceps dans les années 1821 à 1825 a été de 2740, non compris soixante cas environ, où la version avait été faite préalablement. Sur le nombre total de 2740, on en compte 1061 dans le cercle du Danube, 450 dans le cercle de la Jaxt, 884 dans celui du Neckar et 545 dans celui de la Forêt-Noire.

Les accouchemens par le forceps se rapportent aux accouchemens en général comme 1 à 81, et aux accouchemens artificiels comme 1 à 2,9. Dans le cercle du Danube, ce rapport est comme 1 à 48,5 et comme 1 à 1,62; dans le cercle du Neckar, comme 1 à 93 et comme 1 à 2,84; dans le cercle de la Jaxt, comme 1 à 103,5 et comme 1 à 3,2; et dans le cercle de la Forêt-Noire, comme 1 à 109,5 et comme 1 à 3,27.

On voit que le cercle du Danube, qui se distingue par son grand nombre d'accouchemens artificiels, offre, en proportion des autres cercles, un nombre au moins double d'accouchemens par le forceps, et que c'est principalement cette fréquence de l'emploi du forceps qui est cause du grand nombre d'accouchemens artificiels qu'on compte dans ce cercle.

Dans les cercles de la Jaxt et du Neckar le rapport des accouchemens par le forceps a diminué de 1821 à 1825; dans le cercle du Danube et de la Forêt-Noire au contraire ce rapport est allé en augmentant. Cette augmentation peut être attribuée à l'élévation considérable de la taxe médicinale depuis l'année 1823. Si le même effet ne s'est pas fait sentir dans les cercles de la Jaxt et du Neckar, c'est que les accoucheurs y sont généralement plus instruits et jouissent en même temps du droit d'exercer la

médecine interne, tandis que les accoucheurs des deux autres cercles ne sont pour la plupart que de simples chirurgiens.

A l'hospice de la Maternité de Paris, sous M.me Lachapelle, les applications du forceps se rapportaient aux accouchemens en général, comme 1 à 168, et aux accouchemens artificiels comme 1 à 3.

A la maison d'accouchemens de Vienne, sous le prof. Boër, ce rapport fut comme 1 à 223 et comme 1 à 2 1/2.

A la Clinique de Heidelberg, sous le professeur Naegelé, comme 1 à 41, et comme 1 à 1, 71.

A l'école d'accouchemens de Leipzig, sous le professeur Jœrg, comme 1 à 15, et comme 1 à 1, 35.

A la maison d'accouchemens de Dresde, sous le professeur Carus, comme 1 à 14 et comme 1 à 1, 34.

A l'hospice d'accouchemens de Gœttingen, sous Osiander, la moitié des accouchemens furent artificiels, et dans ce nombre la plupart eurent lieu par le forceps.

A la Clinique d'accouchemens de Tubingeu, on compte un accouchement par le forceps sur 100 accouchemens en général.

L'application du forceps sur des garçons se rapporte à son application sur des filles comme 8 à 5.

Le nombre des mères mortes pendant ou après l'application du forceps s'élève à 127, dont 38 appartiennent au cercle du Danube, 24 au cercle de la Jaxt, 43 à celui du Neckar, et 22 au cercle de la Forêt-Noire.

On compte en général une mère morte sur 22 applications du forceps; dans le cercle du Danube, ce rapport est comme 1 : 28; dans celui de la Forêt-Noire comme 1 : 25; dans celui du Neckar, comme 1 : 15 ou 16; et dans celui de la Jaxt comme 1 à 14 à 15.

Sur 2,740 accouchemens par le forceps, on a compté 636 enfans morts-nés, ou morts peu après la naissance,

dont 178 au cercle du Danube, 112 à celui de la Jaxt, 196 à celui du Neckar, et 150 à celui de la Forêt-Noire. Il y a donc un enfant mort sur 4, 3 applications du forceps; ce rapport est dans le cercle du Danube comme 1 : 6; dans le cercle de la Jaxt comme 1 : 4; dans le cercle de la Forêt-Noire comme 1 : 3,6, et dans le cercle du Neckar comme 1 : 3,5.

Quant au sexe, les garçons morts-nés dans les accouchemens par le forceps se rapportent aux filles comme 5 à 2. Il résulte de là que l'application du forceps n'est pas seulement plus souvent nécessaire chez les garçons, mais aussi plus dangereuse pour eux que pour les filles.

Les accoucheurs n'ont pas toujours fait mention dans leurs tableaux des indications qui ont motivé l'application du forceps. Toutefois, d'après les tableaux de ceux qui n'ont pas négligé d'en tenir compte, les indications principales se rencontrent à-peu-près dans le rapport suivant :

Sur 1000 accouchemens par le forceps, il y en a d'indiqués :

Par des accidens morbides de la mère.	98, 5.
Par la mort de la mère.	2, 5.
Par des contractions anormales.	200.
Par un défaut de proportions entre la tête de l'enfant et la capacité du bassin.	412.
Par des positions vicieuses de la tête.	202.
Par la présentation d'autres parties à côté de la tête.	14.
Par la procidence du cordon ombilical à côté de la tête.	50.
Par le cordon ombilical entourant quelque partie du fœtus, ou trop court.	14.
Par l'insertion du placenta sur l'orifice	7.
	1,000.

La dixième partie environ des accouchemens par le

forceps est indiquée par des *accidens morbides de la mère*, survenus pendant le travail, ou ayant déjà existé auparavant. L'issue pour les mères est plus défavorable dans ces cas que dans les accouchemens par le forceps en général, mais pour les enfans elle est plus favorable. On compte une mère morte sur 10, 5 accouchemens et un enfant mort sur 5, 7.

La *mort de la mère* est une indication rare de l'application du forceps, et très-fâcheuse pour la vie de l'enfant; dans tous les cas de cette nature, observés de 1821 à 1825, les enfans étaient morts, ou sont morts peu après la naissance.

Des *contractions utérines anormales* (faibles, nulles, spasmodiques, rares, violentes, etc.) ont fait recourir dans à-peu-près 175 des cas à l'application du forceps. Cette indication donne un pronostic favorable pour la vie de l'enfant, puisqu'il n'y a qu'un enfant sur 8 de morts-nés, ou de morts peu après la naissance. L'influence sur la vie de la mère est à-peu-près la même que dans les applications du forceps en général, c'est-à-dire qu'on perd une mère sur 22.

La quatrième indication sous laquelle sont compris *l'étroitesse du bassin, sa trop forte inclinaison, la rigidité et l'étroitesse des parties molles de la génération, le trop de volume de la tête de l'enfant, son ossification rop avancée, etc.*, a lieu dans les 275 à-peu-près des accouchemens par le forceps. On compte un enfant mort sur 3, 8 accouchemens, et une mère morte sur 22.

Les *positions vicieuses de la tête* ont exigé 175 à-peu-près des applications du forceps. On perd une mère sur 30, 5, et un enfant sur 5, 7. C'est l'indication qui fournit le pronostic le moins défavorable pour les mères. La cinquième partie environ de ces positions vicieuses de la tête étaient des présentations de la face; on a perdu dans ces cas une mère sur 8, et un enfant sur 3.

Dans les applications du forceps indiquées par la *présence d'autres parties à côté de la tête*, on compte une mère morte sur 25 accouchemens, et un enfant mort sur 2, 3.

La *procidence du cordon ombilical à côté de la tête de l'enfant* est l'indication qui offre le plus grand danger pour la vie de l'enfant ; il y a un enfant mort sur 1, 7. Dans les maisons d'accouchement, l'issue, dans cette sorte d'accouchement par le forceps, est en général plus favorable que dans la pratique civile, parce que les secours, qui doivent être promptement administrés en pareil cas, sont toujours sous la main dans ces maisons. La vingtième partie environ des applications du forceps est indiquée par cette circonstance.

Lorsque le cordon ombilical est *trop court par lui-même, ou par suite de ses entortillemens*, on perd le tiers des enfans qu'on extrait par le forceps.

La *présence du placenta sur l'orifice* fournit en général le pronostic le plus mauvais dans les accouchemens par le forceps. C'est dans ces cas qu'on perd le plus grand nombre de mères, et la mortalité des enfans n'est plus grande que dans les cas de procidence du cordon. On compte une mère morte sur 9 accouchemens, et un enfant mort sur 1, 8.

Dans les accouchemens où le forceps a été appliqué sur la tête venant la dernière, le succès pour la mère, et surtout pour l'enfant, a été plus défavorable que lorsque le forceps était appliqué dans les accouchemens par la tête.

Chez les primipares les applications du forceps sont beaucoup plus fréquentes que dans les parturitions en général ; cela est surtout vrai chez les primipares avancées en âge, où la rigidité des parties molles oppose de si grands obstacles à la sortie de l'enfant. On perd le 24.e ou le 25.e des femmes primipares sur lesquelles le forceps est appliqué : ainsi, les primipares souffrent un peu moins

de l'application du forceps que les femmes en général. On perd la cinquième ou sixième partie des enfans.

Dans les villes, le nombre des accouchemens par le forceps est en général bien plus grand que dans les campagnes. A Stuttgardt, où l'on compte sur 10 accouchemens un accouchement artificiel, le forceps est appliqué dans un cas sur 25; ainsi le forceps y est employé au-delà de 3 fois plus souvent que dans le Wurtemberg en général. On perd à Stuttgardt, dans les applications du forceps, une mère sur 34 à 35, et un enfant sur 4 à 5.

Le nombre et la durée des tractions avec le forceps sont rarement indiqués dans les tableaux des accoucheurs; dans le bailliage de Nürtingen, deux accoucheurs furent obligés de faire 150 tractions pour extraire l'enfant. La mère n'en éprouva aucune suite fâcheuse, et l'enfant vécut plusieurs jours.

Version sur les pieds. — Les tableaux des accoucheurs et des sage-femmes font mention d'environ 3,120 cas où la version a été pratiquée. La plupart de ces opérations ont été faites par des accoucheurs, et une petite partie seulement par les sage-femmes, avec des résultats moins avantageux.

Ces opérations se distribuent de la manière suivante sur les cercles : 996 sur le cercle du Danube, 604 sur celui de la Jaxt, 710 sur celui du Neckar, et 810 sur celui de la Forêt-Noire.

On compte une version sur 71 accouchemens. Ce rapport est dans le cercle du Danube comme 1 à 52; dans le cercle de la Forêt-Noire comme 1 à 74; dans celui de la Jaxt comme 1 à 77, et dans celui du Neckar comme 1 à 90.

Ce rapport est resté à-peu-près le même dans les quatre années de 1821 à 1825, et n'a point varié comme celui des accouchemens par le forceps.

Le rapport des versions aux accouchemens artificiels a été comme 1 à 2, 5. A la Maternité de Paris, sous Mme Lachapelle, ce rapport est à-peu-près comme 1 : 2. Boër compte une version sur 190 accouchemens, et la moitié des opérations obstétricales consiste en versions. Chez Carus, on compte une version sur 70 accouchemens, et les versions font le sixième des accouchemens artificiels. Chez Jœrg il y a également une version sur 70 accouchemens environ, et le nombre des accouchemens artificiels est le triple de celui des versions.

Le rapport des versions sur des enfans du sexe mâle, à celles opérées sur des enfans du sexe femelle, est comme 53, 7 à 46, 3.

La mortalité des mères dans les versions est un peu plus forte que dans les accouchemens artificiels en général, et le double de la mortalité dans les accouchemens par le forceps; 300 mères sont mortes à la suite de versions; sur ce nombre 83 appartiennent au cercle du Danube, 64 au cercle de la Jaxt, autant à celui du Neckar et 89 au cercle de la Forêt-Noire. Il y a donc à compter une femme morte sur 10, 4 versions. Ce rapport est dans le cercle du Danube, comme 1 : 11, 4; dans le cercle du Neckar, comme 1 : 11; dans celui de la Jaxt, comme 1 : 9, 4; et dans celui de la Forêt-Noire, comme 1 : 9.

Le nombre des enfans morts-nés ou morts peu après la naissance, sur les 3120 cas de version est de 1675, dont 434 appartiennent au cercle du Danube, 350 à celui de la Jaxt, 442 à celui du Neckar et 449 à celui de la Forêt-Noire. Le rapport sexuel des morts-nés, qui est, dans les accouchemens en général comme 56 garçons à 44 filles, est dans les versions comme 58 garçons à 42 filles.

La version est en général beaucoup plus dangereuse pour la vie de l'enfant que l'application du forceps, car il y a un enfant mort sur 1, 36 versions; c'est-à-dire qu'on

perd plus de la moitié des enfans qu'on extrait au moyen de la version. Boër perdait 2 enfans sur 5 versions; Carus plus de moitié, Stein 33 sur 66; Osiander 41 sur 68, etc. M.me Lachapelle 30 sur 131.

S'il est une opération obstétricale dans laquelle il soit important de saisir le moment opportun pour agir, c'est la version. Dans les opérations entreprises avant ou très-peu de temps après la rupture de la poche des eaux, on a perdu à-peu-près le tiers des enfans, tandis que les trois quarts étaient morts dans les versions pratiquées après l'écoulement complet des eaux de l'amnios. Une autre circonstance qui influe beaucoup sur la mortalité dans les versions, c'est qu'elles sont souvent pratiquées dans les accouchemens avant terme : on compte un accouchement avant terme sur 12 à 13 versions. Un tiers des enfans extraits au moyen de la version sont morts avant le commencement du travail. Il en résulte que la mort de l'enfant, au lieu d'être toujours un effet de la version, est fort souvent au contraire la cause d'une position anormale du fœtus, par laquelle la version se trouve indiquée.

La soixantième partie environ des versions, c'est-à-dire 52, ont été compliquées par l'application du forceps; sur ces 52 opérations on a perdu 4 mères et 42 enfans, c'est-à-dire plus de 4/5. Dans les versions suivies de perforation du crâne on a perdu la moitié des mères.

Quant aux indications de la version, on peut dire que sur 1000 versions il y en a d'indiquées :

Par des accidens morbides de la mère 40
Par la mort de la mère 3
Par le défaut de proportion de la tête de l'enfant à la capacité du bassin de la mère. 20
Par des positions vicieuses de la tête 60
Par des positions obliques ou transversales de l'enfant, avec ou sans présentation d'autres parties de

son corps.	625
Par le prolapsus du cordon ombilical.	162
Par la présence du placenta à l'orifice	75
Par des contractions utérines anormales	15
	1000

Des *accidens morbides chez la mère* occasionnent à-peu-près la vingt-cinquième partie des versions. Le pronostic pour les mères est fâcheux, car on en perd deux sur neuf versions de ce genre. Pour les enfans le pronostic est un peu plus favorable que dans les versions en général; on perd la moitié des enfans.

Dans les versions indiquées par la *mort de la mère* on n'a pas sauvé un seul enfant. Une preuve remarquable et frappante de la connexion étroite qui existe entre la vie de la mère et celle de l'enfant renfermé dans son sein, c'est que de tous les enfans nés dans le Wurtemberg, depuis 1821 jusqu'en 1825, après la mort de la mère, tant à l'aide de l'opération césarienne que du forceps et de la version, un seul a été conservé en vie.

Des *contractions anormales* fournissent rarement par elles-mêmes l'indication de la version. On y perd une mère sur 7, un enfant sur 3.

Le *défaut de proportion de la tête de l'enfant aux parties génitales molles ou osseuses de la mère*, indique à-peu-près la cinquantième partie des versions. On y perd une mère sur 11, et un enfant sur 1, 4.

Des *positions anormales de la tête* indiquent la seizième partie des versions. L'on compte sur 13 de ces opérations une mère morte, et l'on perd un enfant sur 2, 3. Les présentations de l'oreille sont très-rares, mais aussi très-fâcheuses pour la mère et pour l'enfant. L'indication la plus fréquente de la version est fournie par les *déviations considérables de l'axe longitudinal de l'enfant, par rap-*

port à l'axe de l'entrée du bassin, c'est-à-dire par les positions obliques ou transversales du fœtus; cette indication a lieu dans plus des 3/4 de la totalité des versions. La simple position transversale ou oblique de l'enfant, sans complication d'un prolapsus du cordon, etc., indique plus des 3/5 des versions. On y perd une mère sur 7, et un enfant sur 2, 3.

Le *prolapsus du cordon* est presque toujours compliqué de position oblique ou transversale du fœtus, et indique 1/6 environ des versions. On y perd à-peu-près le quinzième des mères et les 3/4 des enfans. Dans plusieurs cas il y avait en même temps des hémorrhagies dues au décollement partiel du placenta, occasionné par des manœuvres maladroites des sages-femmes.

L'*insertion du placenta sur l'orifice* et les hémorrhagies qui en résultent ont nécessité à-peu-près la douzième partie des versions. Le plus souvent il y a en même temps position oblique ou transversale du fœtus. On y perd la cinquième partie des mères, et un enfant sur 1, 8. L'insertion du placenta sur l'orifice est en général d'un pronostic fâcheux; dans environ 300 accouchemens artificiels, soit par le forceps, soit par la version, soit par l'accouchement forcé, on a perdu le cinquième des mères et la moitié des enfans.

A Stuttgard on compte une version sur 63 accouchemens en général, et une sur 6 accouchemens artificiels. On perd une mère sur 23, et plus de la moitié des enfans viennent morts, ou succombent peu après la naissance.

Les autres opérations obstétricales dont il convient de faire encore mention, sont : l'extraction artificielle du fœtus par les pieds ou les fesses, l'application du lévier, la version sur la tête, la version par des manipulations extérieures selon la méthode de Wigand, l'incision des parties génitales molles, le décollement du placenta, etc.

L'extraction artificielle par les pieds ou les fesses s'est rencontrée environ 500 fois dans les années 1821 à 1825; il y a eu 260 extractions par les pieds et 240 par les fesses. Les extractions par les pieds se rapportent aux accouchemens en général comme 1 à 853, et aux accouchemens artificiels comme 1 à 28.

Dans la onzième ou douzième partie des extractions artificielles par les pieds, on a été obligé de recourir au forceps, à la perforation du crâne ou à la paracentèse. Dans ces cas presque tous les enfans sont venus morts. Autrement on compte sur 1, 7, extractions artificielles un enfant mort, et une mère morte sur 50. Le rapport des extractions artificielles par les fesses aux accouchemens en général est comme 1 : 925, et aux accouchemens artificiels comme 1 : 33. On a perdu une mère sur 47 et un enfant sur 2, 8. La quarantième partie environ des extractions artificielles par les fesses a nécessité l'emploi du forceps ou la paracentèse.

Peu d'accoucheurs se servent encore du *levier;* son usage devient de plus en plus rare; il est encore le plus fréquent daus le cercle du Danube. La mortalité dans son emploi diffère peu de la règle générale.

La *version sur la tête* a été pratiquée 16 fois selon le tableau des accoucheurs, savoir : 2 fois dans le cercle du Danube, 3 fois dans le cercle de la Jaxt, 8 fois dans celui du Neckar, et 3 fois dans celui de la Forêt-Noire. Un seul des enfans est venu mort, on n'a perdu aucune des mères.

La *version par des manipulations extérieures* d'après Wigand fut plusieurs fois pratiquée avec succès.

L'incision des parties génitales molles pour faciliter l'accouchement fut trouvée nécessaire dans trois cas. Ni les mères ni les enfans n'ont pu être sauvés.

Le *décollement artificiel du placenta* a été opéré dans

1500 cas environ, dont 532 appartiennent au cercle du Danube, 300 au cercle de la Jaxt, 400 au eercle du Neekar et 268 au cercle de la Forêt-Noire. Le rapport de ces opérations aux accouchemens en général est comme 1 : 148, et aux accouehemens artificiels comme 1 : 5, 3. Dans les 1500 accouchemens terminés par une délivrance artifieielle, on a perdu 140 mères, la plupart par suite d'hémorrhagie, quelquefois aussi à la suite d'uue fièvre puerpérale. On a donc perdu un peu moins du dixième des mères. Ce rapport peu favorable est dû surtout au retard qu'on met trop souvent à pratiquer l'opération. Dans beaucoup de cas on ne la fait qu'au moment de l'agonie.

Le décollemcnt artificiel du placenta est souvent pratiqué dans lcs parts de jumeaux et de trijumeaux; le douzième de ces opérations a lieu dans lcs aceouchemens avant terme. Fort souvent la même indication se répète chcz les mêmes femmes dans plusieurs accouchemens consécutifs.

Le *décollement artificiel du placenta* est plus souvent nécessaire chez les primipares que chez les femmes en général. Le rapport est comme 1 : 113 ou 114.

Sur les 1500 cas de délivranee artificiellc on en compte 516, c'est-à-dire un tiers environ, où l'cnfant a été également extrait par les secours de l'art; dans les 984 cas dc délivranec non précédée d'une autre opération, on a perdu 105 mères. Il est asscz singulier que la proportion des mères mortcs dans ces cas soit plus forte que dans ceux où l'enfant avait aussi été artificiellement extrait; mais cela s'explique par la raison que dans ces derniers cas la présence de l'aeeoucheur ayaut déjà été nécessairc précédemment, on a son secours sous la main, dès que l'indication d'opércr la délivranee se présente, tandis que ces sccours viennent fort souvent trop tard daus les autres cas.

La ville de Stuttgard se distingue par son grand nombre de délivrances artificielles; le rapport aux accouchemens en général y est comme 1 : 30, et aux accouchemens artificiels comme 1 : 3. La mortalité des mères est comparativement faible, on en perd une sur 25.

Accidens insolites chez les femmes enceintes et en travail. — Les tableaux font mention de 9 cas de grossesse prolongée au-delà du terme normal. La prolongation a été de 15 jours à 2 mois. Le plus souvent les enfans étaient très-volumineux et portaient les signes d'une maturité très-avancée. Le résultat de ces accouchemens pour les mères et les enfans a été très-défavorable.

La *rupture de l'utérus ou du vagin* a été observée 6 fois; elle a été mortelle pour la mère et pour l'enfant dans tous les cas.

Le *prolapsus dans le cas de grossesse* s'est rencontré 2 fois; l'un des cas a été mortel pour la mère et tous les 2 pour l'enfant.

Il y a aussi eu deux cas d'*inversion de l'utérus;* dans l'un d'eux l'utérus s'est trouvé dans cet état pendant 16 heures, sans qu'on eût reconnu la nature de l'accident; un accoucheur ayant enfin été appelé, il opéra la réduction non sans difficulté, et la femme se rétablit parfaitement. Dans le second cas la femme a également été sauvée.

Le *vagissement utérin et vaginal* a été observé distinctement par deux accoucheurs.

Particularités insolites et morbides du fœtus et de l'œuf. — Les tableaux des accoucheurs font mention de 17 enfans d'un volume et d'un poids extraordinaires, c'est-à-dire d'un poids de 9 à 15 livres et d'une longueur de 19 1/2 à 28 pouces. — Une femme maniaque, au terme de sa grossesse, a donné le jour à un enfant du poids de 3 1/2 livres et de 17 pouces de longueur. On remarque que la longueur des nouveau-nés varie moins que leur poids.

On a plusieurs fois noté des arrière-faix d'un volume et d'un poids extraordinaires, c'est-à-dire de 1 livre et 3/4, de 3 livres et au-delà; les entortillemens, les nœuds et les variations de longueur du cordon ombilical ont également donné lieu à quelques notes.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Description du ganglion auriculaire; *par M. Arnold, M.-D.* — La communication qui existe entre la cinquième paire de nerfs, le grand sympathique et les organes des sens, a fixé depuis quelque temps l'attention des anatomistes. La découverte qu'a faite M. Arnold du ganglion auriculaire nous paraît extrêmement importante sous le rapport de cette communication. Ce ganglion, dans l'homme, est situé à la face interne de la troisième branche du nerf trijumeau, immédiatement au-dessous du trou ovale, à l'origine des nerfs massétérin, buccinateur et temporal profond, et juste au-dessus de la naissance du rameau temporal superficiel. Son côté interne est couvert par la portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache et par la partie supérieure du muscle circonflexe du palais. L'artère méningée moyenne est placée immédiatement derrière ce ganglion, dont la forme est ovale et légèrement comprimée. Son diamètre antéro-postérieur varie de deux lignes à deux lignes et demie; son diamètre perpendiculaire de une ligne et demie à deux lignes, et son diamètre transversal de un quart de ligne à une demi-ligne. Sa couleur est d'un gris rougeâtre, et sa consistance molle. Dans le veau, il est gris et d'une structure plus dense, ce qui est l'opposé du ganglion sphéno-palatin. Cette différence, sous le point de vue physiologique, mérite d'être remarquée; car ces ganglions paraissent remplir des fonctions analogues.

Le ganglion auriculaire est enveloppé d'une membrane fine; dont la texture est très-délicate, et qui est intimement adhérente à la substance nerveuse. A l'extérieur, cette membrane est entourée d'un tissu cellulaire rougeâtre, semblable à celui du ganglion inter-vertébral. Le parenchyme du ganglion lui-même est très-vasculaire, et traversé par de nombreux filamens blancs dont la majeure partie se

réunit, quoique d'une manière beaucoup moins intime que dans les ganglions du nerf grand sympathique. Les filamens dont nous venons de parler ne sont autre chose que des rameaux du nerf maxillaire inférieur et d'une autre branche nerveuse qui naît du ganglion pétreux. Un grand nombre de filamens courts, naissant de la troisième branche du trifacial, établit la communication entre ce dernier ganglion et le ganglion auriculaire, qui se trouve ainsi mis en rapport avec les racines du ganglion ophthalmique. Le nerf vidien, qui, au premier aspect, paraît provenir du ganglion auriculaire, ne fait que le traverser et, dans ce trajet, recevoir une légère augmentation de volume. Deux autres communications très-importantes existent, l'une, entre ce ganglion et le nerf glosso-pharyngien, au moyen d'une branche du rameau de Jacobson; et l'autre, entre ce même ganglion et la portion molle de la septième paire au moyen d'une branche appartenant au nerf facial. Le ganglion auriculaire donne naissance à plusieurs rameaux nerveux d'une couleur rougeâtre et d'une consistance pulpeuse; le plus important de ces rameaux naît de sa partie supérieure et postérieure; et, dans son trajet le long du côté interne de l'artère méningée moyenne, il pénètre dans la portion de la trompe d'Eustache, qui contient le muscle tenseur du tympan, dans l'épaisseur duquel il se termine. Deux ou trois branches partent de la face inférieure du ganglion, et s'anastomosent avec les deux racines du nerf temporal superficiel; très-probablement, dit M. Arnold, avec la portion de ce nerf qui fournit des branches à la membrane du tympan. »

D'après cette description, on voit qu'il existe quatre ganglions appartenant exclusivement aux organes des sens, savoir : l'ophthalmique, l'auriculaire, le sphéno-palatin ou nasal, et le maxillaire ou lingual. Ils ont tous des connexions avec le grand sympathique, d'une part, et de l'autre, avec le nerf de la cinquième paire, qui, comme on le sait, est en même temps nerf de sentiment et de mouvement. Jusqu'à présent on n'a pu découvrir, chez l'homme, de branches de mouvement, ni entre le ganglion sphéno-palatin et aucun nerf de communication entre le ganglion auriculaire et le nerf grand sympathique; mais l'auteur en a fréquemment trouvé dans le veau.

Quant à l'existence du ganglion auriculaire chez les animaux, M. Arnold n'est, jusqu'ici, parvenu à la constater que dans les quadrupèdes.

L'auteur assigne au ganglion auriculaire la même fonction dans l'organe de l'ouïe, que celle que remplit le ganglion ophthalmique dans l'organe de la vision; c'est-à-dire qu'il règle les mouvemens involontaires de la membrane du tympan. Deux sortes de mouvemens peuvent être distingués dans cette membrane; l'un, entièrement

mécanique, dépend des vibrations de l'air; l'autre est produit par l'appareil musculaire dont cette membrane est pourvue, et consiste dans une tension plus ou moins grande suivant le degré de force avec laquelle les ondes sonores agissent sur la portion molle de la septième paire, dont l'excitation est transmise à la portion dure par les branches anastomotiques qui les réunissent, et de là, au moyen de la branche décrite ci-dessus, au ganglion auriculaire et aux muscles tenseurs du tympan.

Si l'on a égard à la similitude frappante qui, sous le point de vue anatomique, existe entre les nerfs des organes de la vue et de l'ouïe et ceux du goût et de l'odorat, on peut se demander si ces deux derniers organes ne possèdent pas aussi un appareil propre à maintenir dans une mesure convenable l'action des agens extérieurs. L'auteur répond à cette question par l'affirmative, et il regarde comme remplissant cette fonction, le diaphragme pour l'organe de l'odorat, et le canal excréteur de la glande sous-maxillaire pour l'organe du goût. En effet, lorsque la membrane pituitaire est trop vivement impressionnée, l'éternuement se manifeste par l'influence que le ganglion sphéno-palatin exerce sur le diaphragme par l'intermédiaire du nerf vidien profond. De la même manière, la sécrétion et l'excrétion de la salive dans la glande sous-maxillaire sont augmentées par l'influence du ganglion maxillaire inférieur toutes les fois que la branche linguale de la cinquième paire est excitée au-delà de l'état naturel. (*The American Journal of the Med. Sciences*, novembre 1829.)

Sur la coloration des os du fœtus par la garance. — *Obs. par M. R. D. Mussey, M.-D. professeur d'anatomie au collége de Darmouth.* — La nature de la communication établie entre les vaisseaux sanguins de la mère et ceux du fœtus est encore, pour les physiologistes, un sujet de controverse. Les tentatives presque généralement infructueuses que l'on a faites pour injecter les vaisseaux de la mère par ceux du fœtus, *et vice versâ*, ont amené naturellement à cette conclusion, qu'il n'y a pas entre eux de communication *directe*; et quelques physiologistes distingués sont allés jusqu'à douter de la réalité d'une communication quelconque. Cependant on trouve dans le *Recueil périodique d'observations de médecine, de chirurgie, etc.*, T. I, p. 253, que Lecat, en 1752, et plus tard, en 1754, réussit à démontrer, au moyen de l'injection, à l'Académie et aux commissaires nommés par elle pour examiner cette question, qu'il y avait une communication directe entre les vaisseaux du fœtus et ceux de la mère, dans des cas où le placenta était resté adhérent à l'utérus après la mort.

Pour jeter quelque jour sur cette intéressante question, M. Mussey

a fait quelques expériences qui tendent à prouver que, du moins dans certains animaux, de quelque nature que soit la communication qui existe entre les vaisseaux de l'utérus et ceux de l'œuf, elle n'empêche pas le passage d'une substance étrangère de l'un à l'autre. « Je fis, dit l'auteur, mêler chaque jour trois ou quatre onces de garance avec les alimens d'une truie pendant les huit dernières semaines de sa gestation. Le jour même qu'elle mit bas, je sacrifiai quelques-uns des petits, j'examinai leurs os, et je trouvai que chacun d'eux présentait une teinte rouge très-prononcée; les dents elles-mêmes offraient une couleur rose tendre. Dans une autre expérience, je choisis une truie arrivée au commencement du dernier mois de sa gestation; je lui fis manger chaque jour quatre onces de garance pendant vingt jours, après quoi je la fis périr d'hémorrhagie. L'urine de cet animal était très-colorée, et sa teinte devenait encore plus foncée par l'addition d'une petite quantité de solution de potasse. Le sérum du sang, séparé autant que possible des globules rouges, était d'une couleur rouge qui devenait plus vive par l'action de la solution alcaline. L'utérus contenait une demi-douzaine de petits à terme. L'eau de l'amnios, essayée à plusieurs reprises avec la solution de potasse, présenta une teinte rouge bien prononcée. Cependant, la proportion de la matière colorante de la garance dans ce liquide devait être fort petite; car lorsqu'on ne faisait l'expérience que sur une petite quantité à la fois, le résultat n'était pas à beaucoup près aussi satisfaisant; mais la coloration devenait très-évidente lorsqu'on procédait de la manière suivante : je mis environ deux gros de l'eau de l'amnios dans deux fioles de verre aussi semblables que possible; le liquide était presque incolore; j'ajoutai dans l'une d'elles une petite quantité de solution de potasse, et aussitôt plusieurs personnes qui assistaient à l'expérience, en comparant les deux fioles, reconnurent la légère teinte rouge qu'avait produite l'alcali. Le liquide incolore contenu dans l'estomac des fœtus et l'urine de leur vessie étaient en trop petite quantité pour pouvoir être essayés de cette manière, ou du moins pour fournir un résultat incontestable; mais les dents et les autres os des petits cochons présentèrent une coloration en rouge tout aussi forte que dans la première expérience, dans laquelle la mère avait pris de la garance pendant deux mois, au lieu de vingt jours comme dans la dernière. Les os de la truie elle-même offraient une belle couleur rouge tirant sur l'écarlate. Il semble donc que la matière colorante de la garance peut exister non-seulement dans le sérum du sang et dans l'urine, mais encore dans l'eau de l'amnios, et qu'elle peut circuler sans inconvéniens avec le sang dans les organes si délicats du fœtus à différentes époques de leur développement. (*The American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1829.)

Pathologie.

Plaie de tête, commotion du cerveau; *obs. par le D.r Boeneck.* — Le 16 mai 1825, M. B. fut appelé auprès d'un homme de 22 ans qui venait de tomber du haut d'un grenier. Cet individu était sans connaissance, immobile, avait la face rouge et tuméfiée, les paupières fortement échymosées, et au côté gauche du crâne deux plaies à lambeaux. Le pouls était plein et lent, la respiration presque imperceptible, la peau froide et insensible, les pupilles dilatées, immobiles et insensibles à la lumière. On ne découvrit ni fracture ni dépression du crâne. Après qu'on eut rasé et nettoyé la tête, on pratiqua une saignée de vingt onces; on donna d'heure en heure une cuillerée à bouche d'une solution de deux onces de sulfate de soude dans six onces d'eau et trois d'oxymel, matin et soir; un lavement avec douze grains de tartre stibié fut administré; on appliqua des ventouses à la nuque, et des fomentations froides sur la tête et entre les omoplates; pour boisson on donna de l'eau froide. Le surlendemain on fit de nouveau une saignée de seize onces, et deux jours après une troisième de douze onces. Les autres moyens furent en même temps continués. Pendant six jours le malade resta dans le même état comateux; enfin le septième il ouvrit les yeux, mais retomba aussitôt dans le même état. Le neuvième jour, le pouls devint plus fréquent, dur et plein : le malade ouvrit les yeux à plusieurs reprises, fit quelques mouvemens violens, et se retourna fréquemment dans son lit; puis il commença à murmurer et ensuite à délirer tout haut, ce qui fut accompagné de mouvemens des bras et des jambes si violens, que cinq hommes purent à peine contenir le malade. La température du corps augmenta considérablement. On ouvrit les veines des deux bras, et on tira vingt-cinq onces de sang; trente sangsues furent appliquées aux tempes, et seize ventouses scarifiées à la nuque; les fomentations froides furent continuées; de deux en deux heures on donna un lavement avec douze grains de tartre stibié; à la potion on ajouta deux gros de nitre et dix grains de tartre stibié. Le soir, le délire furieux se calma, le pouls se ralentit et devint plus mou; le malade retomba dans l'état comateux. Cet état ne fut interrompu, les deux jours suivans, que par quelques momens de délire furieux. La potion ne fut plus donnée que de deux en deux heures, et les lavemens réduits à deux, un le matin, l'autre le soir. Le coma persista jusqu'au 1.er juin, dix-septième jour de la maladie. Ce jour-là, le malade revint complètement à lui, mais il avait perdu la vue; il ne se souvenait aucunement de ce qui s'était passé durant sa maladie. Le lendemain, le malade se plaignit de douleurs du côté du rectum; il demanda à boire autre chose que de l'eau froide. On discontinua

l'usage des lavemens, et l'on donna pour boisson du lait, tantôt pur, tantôt mélangé d'eau. La sensibilité de l'iris était un peu revenue, mais la vue restait abolie. Un demi-gros de jalap et douze grains de calomel provoquèrent quelques évacuations alvines moins aqueuses qu'elles ne l'avaient été jusqu'à présent. Le lendemain, 3 juin, l'œil droit recommença à être sensible à la lumière. La langue était humide et nette, le pouls égal et mou; le malade se plaignait d'une soif vive, de pesanteur de la tête et de perte de mémoire. On continua l'usage des fomentations froides, et l'on prescrivit une infusion de deux gros de fleurs d'arnica dans huit onces d'eau, à laquelle on ajouta six grains de tartre stibié; une excoriation du rectum fut combattue par des lavemens émolliens; on accorda un potage à l'eau, quelques légumes cuits à l'eau, et de la limonade. Les plaies de la tête, qui, jusqu'à présent, étaient restées presque sèches, commencèrent à suppurer. Peu à peu l'irritabilité de l'iris et la vue de l'œil droit se rétablirent complètement, tandis que l'œil gauche fut d'abord affecté d'une hémiopie complète qui dura depuis le 21 juin jusqu'au 3 juillet, et qui ne permit au malade de voir avec cet œil que la moitié supérieure des objets qu'il regardait. Lorsque cette hémiopie disparut, le malade fut affecté de ce qu'on appelle *mouches volantes*; ce symptôme se dissipa également peu à peu, et le 24 juillet il ne restait plus à l'œil gauche qu'une légère amblyopie, qui céda à des lotions spiritueuses et à l'usage long-temps continué de pilules composées de fleurs d'arnica, de gomme ammoniaque et de tartre stibié, pilules qu'on substitua à l'infusion d'arnica précédemment employée. Jusqu'au 2 octobre, le malade continua ce traitement et une diète aqueuse purement végétale. Depuis cette époque, sa santé, complètement rétablie, n'a plus été troublée.

M. B. croit probable que, dans ce cas, il y a eu commotion cérébrale et épanchement à la base du crâne, et que la partie de l'épanchement résorbée en dernier lieu se trouvait dans la région de l'entrecroisement des nerfs optiques. (*Beobachtungen und Bemerkungen*, etc., *von Boeneck. Hamburg*, 1829.)

Chute sur l'occiput, suivie de commotion, raideur permanente des muscles du cou, contraction des avant-bras. — Un homme de 60 ans, ancien carrier, grand et encore assez robuste, fit, il y a environ six ans, une chute de cinq pieds de haut, dans laquelle le moignon de l'épaule droite supporta tout le poids du corps. Cet accident laissa après lui un état d'engourdissement dans tout le membre, qui ne reprit jamais ni sa force, ni son agilité. Le 15 janvier dernier, cet individu travaillait à enlever la glace dans les rues; les deux pieds lui manquèrent à la fois, et il tomba à la renverse. La tête, protégée par un petit chapeau, heurta violemment le pavé, et il resta étendu

sans connaissance. L'occiput avait porté, et les assistans entendirent un bruit de pot fêlé très-manifeste. Au bout d'une demi-heure, il revint à lui, mais il se trouva dans l'impossibilité de remuer la tête et les bras. Les muscles de la partie postérieure du cou étaient contractés, et l'occiput rapproché des épaules; les mouvemens de flexion, d'inclinaison latérale et de rotation de la tête étaient impossibles. Les avant-bras étaient fléchis et rapprochés au-devant de la poitrine. On essaya vainement de les étendre, et le malade fut apporté le même jour à l'Hôtel-Dieu. Outre les symptômes indiqués, on remarqua encore les suivans. La mâchoire est mobile à volonté, la langue ne se dévie point, les deux joues se contractent régulièrement, la parole est libre, l'intelligence parfaite, les sens dans l'état normal; le pouls est lent et régulier, la respiration libre, et la peau conserve partout sa sensibilité. Si l'on surmonte, par des efforts long-temps continués, la résistance des muscles contractés, la tête peut être inclinée en avant et sur les côtés, mais dès que ces efforts cessent, elle est ramenée à sa position vicieuse. L'examen le plus attentif ne fit reconnaître aucune lésion à laquelle on pût rapporter cette espèce de tétanos partiel.

Le traitement a consisté en saignées, sangsues aux apophyses mastoïdes, applications émollientes d'abord, puis stimulantes sur les parties malades, lavemens purgatifs et pédiluves irritans. Sous l'influence de ces moyens, la raideur des muscles a notablement diminué, les mouvemens sont devenus de plus en plus faciles et étendus. Aujourd'hui cet homme, qui du reste jouit d'une santé parfaite, peut fléchir la tête, l'incliner sur les côtés, tourner la face à droite ou à gauche; il étend un peu les bras, mais avec plus de difficulté qu'il n'en éprouve à mouvoir la tête. Ce qui donne de l'intérêt à ce fait, c'est la circonscription des phénomènes morbides et la difficulté de les rapporter à une lésion connue de l'encéphale ou de la moelle épinière. (*La Lancette*, 9 mars 1830.)

Suppuration du sinus maxillaire; *observ. par le D.r Boeneck.* — I.re *Obs.* — Une femme, âgée de 66 ans, qui avait toujours été bien portante, abstraction faite de quelques légères affections rhumatismales qui se terminaient ordinairement par un coryza, fut affectée de gonflement à la joue gauche accompagné de douleurs déchirantes et d'une forte fièvre : ces symptômes augmentèrent pendant sept semaines, durant lesquelles on employa en vain des sachets, des vésicatoires, des diaphorétiques, et l'arrachement de trois dents du côté douloureux de la mâchoire inférieure. Le 14 février 1820, on consulta M. Boeneck. Celui-ci trouva la joue gauche enflée; la paroi antérieure du sinus maxillaire formait une saillie conique, était très-amincie, et l'on sentait de la fluctuation dans cet endroit; la peau qui le re-

couvrait était rouge, tandis que sur les autres parties de la tumeur elle était blanche, luisante et tendue. De la narine gauche, ainsi que d'entre les deuxième, troisième et quatrième dents molaires gauches supérieures, s'écoulait une sanie fétide. Les trois dents, quoique saines, étaient vacillantes. Le globe de l'œil faisait légèrement saillie hors de l'orbite; le corps était amaigri par la fièvre hectique, qui tous les soirs se faisait sentir. Pour ne pas tout-à-fait abandonner la malade, M. B. arracha les trois dents vacillantes, pénétra ensuite facilement avec un stylet d'argent dans le sinus maxillaire, à travers les alvéoles, et donna issue à beaucoup de sanie dont il favorisa l'écoulement par des injections d'eau tiède; il trouva alors la paroi antérieure du sinus maxillaire extrêmement amincie, surtout à l'endroit où elle formait la saillie, quoique à l'extérieur. M. B. prescrivit une décoction de quinquina avec de l'acide phosphorique, à prendre à l'intérieur; de fréquentes injections furent faites avec des infusions aromatiques, auxquelles on ajoutait de la solution de myrrhe et de l'acide phosphorique, plus tard avec de la décoction de quinquina et de la teinture de myrrhe. On introduisait dans le sinus des bourdonnets enduits alternativement d'onguent mercuriel rouge, et d'un liniment préparé avec le charbon. On recommanda la plus grande propreté et l'usage d'un régime fortifiant; le tout en vain. La fièvre et le marasme augmentèrent, ainsi que l'exophthalmie; la saillie du sinus maxillaire se transforma en une ouverture; des douleurs de tête atroces s'y joignirent, ainsi que l'absence complète du sommeil, l'inflammation et la suppuration de l'œil. Enfin, la mort arriva, précédée pendant trois jours d'un état comateux. On ne permit pas l'ouverture du cadavre, mais un stylet introduit dans le sinus maxillaire fit voir que ses parois étaient détruites, et pénétrait sans résistance jusque dans la cavité du crâne, d'où s'écoulait de la sanie le long du stylet.

IIe *Obs.* — Une jeune femme, enceinte pour la première fois, consulta M. B. le 15 octobre 1826. Depuis sept semaines elle était affectée de coryza avec écoulement fétide par la narine droite: la joue droite était douloureuse et présentait une tuméfaction qui s'étendait jusqu'au bord inférieur de l'orbite. La conjonctive de l'œil droit était injectée. Un examen attentif fit voir que la paroi antérieure du sinus maxillaire était, à sa partie moyenne mince comme une feuille de papier. Les dents molaires supérieures du côté malade étaient saines et solidement fixées; néanmoins M. B. en arracha la seconde et la troisième, et pénétra par leurs alvéoles dans le sinus maxillaire, avec un troiscart sans canule. Après avoir donné issue par là à une grande quantité de pus, M. B. fit d'abord quelques injections d'eau

tiède, et prescrivit ensuite des injections aromatiques avec de la teinture de myrrhe, qu'on devait répéter deux fois par jour, et à l'intérieur un huitième de grain de calomel de trois en trois heures. Alors on substitua à ce traitement des injections astringentes avec de la teinture de *Capsicum annuum*, et l'usage intérieur du quinquina et de l'arnica. La suppuration ne prenant pas un meilleur caractère, M. B. arracha la quatrième dent molaire le 30 octobre; pénétra par cette alvéole dans le sinus qu'il remplit deux fois par jour de bourdonnets enduits d'onguent mercuriel; en même temps on continua l'usage des injections qui furent faites à chaque pansement. Bientôt le pus devint de meilleure qualité, la rougeur de la conjonctive disparut, les parois internes du sinus se couvrirent de granulations qui remplirent à la fin toute la cavité. Le 22 décembre cette femme était complètement rétablie, et sa santé n'a pas été troublée depuis. (*Beobachtungen und Bemerkungen*, etc., *von Boeneck. Hamburg*, 1829.)

Thérapeutique.

Affections des os guéries par l'usage de l'oxyde blanc d'arsénic; *Obs. par M. John Henderson, M.-D.* — « Le 10 juin 1818, Mademoiselle Martha Mac Elheny, âgée de 17 ans, fut amenée à Huntingdon pour me consulter sur sa maladie. L'affection avait commencé environ dix-huit mois auparavant par deux tumeurs du volume d'une petite noix, qui s'étaient développées vers la partie moyenne du radius du bras gauche. Ces tumeurs s'ulcérèrent bientôt, et à différens intervalles il en était sorti neuf esquilles osseuses. Depuis cette époque, d'autres tumeurs avaient successivement paru dans d'autres parties du corps. Le traitement qu'on employa d'abord consista dans l'administration long-temps continuée du mercure, qui détermina une salivation très-abondante qui dura environ deux mois. Ce traitement réduisit la malade à un tel état de faiblesse, qu'à peine, pour me servir de ses propres expressions, si elle pouvait soulever la main; et il n'eut d'autre effet apparent que d'empêcher la maladie de faire plus de progrès. On fut donc obligé de l'abandonner, et l'affection continua à empirer.

« Voici les symptômes que j'observai alors : faiblesse extrême; face très-pale; dyspnée et palpitations violentes du cœur au moindre mouvement; petite fièvre continue avec des sueurs nocturnes. L'écoulement menstruel ne s'était pas encore établi. Le père et la mère de la malade avaient constamment joui de la meilleure santé, et n'avaient jamais présenté aucune apparence scrofuleuse ni aucune autre maladie héréditaire. Des tumeurs osseuses blanchâtres, d'une forme ovale et du volume d'une petite prune, existaient à la seconde phalange de deux doigts et du pouce de la main gauche, et de trois doigts de la

main droite ; les doigts paraissaient comme emboîtés dans ces tumeurs, et ils conservaient leur volume naturel immédiatement au-dessus et au-dessous d'elles ; de semblables altérations existaient aux os du métatarse et aux orteils des deux pieds ; des ulcérations profondes se montraient sur les calcanéums et sur les malléoles ; l'une des pommettes, l'apophyse épineuse de l'une des vertèbres dorsales, un des fémurs et l'un des tibias, étaient le siége de tumeurs semblables ; et de tous les points qui étaient ulcérés s'écoulait un pus sanieux très-fétide, qui entraînait quelquefois de petites portions d'os. »

Après quelques réflexions sur les difficultés que présentait ce cas, et sur l'impossibilité où il était de pratiquer l'amputation, à cause du grand nombre de parties affectées, l'auteur indique les raisons qui le firent penser à l'administration de l'arsenic, comme devant agir sur tout le système.

« Je m'arrêtai, dit-il, à l'emploi d'une solution d'acide arsénieux préparée de la manière suivante : on fait bouillir dans un vase de verre une quantité quelconque d'oxyde blanc d'arsénic avec de l'eau de fontaine pendant quinze ou vingt minutes ; on laisse ensuite reposer la liqueur, et lorsqu'elle est devenue claire, on la décante ; et elle se trouve propre à être employée. Je commençai d'abord par donner cinq gouttes de cette solution trois fois par jour, en y associant une petite quantité de teinture d'opium camphrée ; ensuite, pour la rendre plus efficace, j'y joignis, pendant quelques semaines, l'emploi du vin de quinquina et de l'oxyde rouge de fer. Mais au bout de quelque temps j'abandonnai, comme inutiles, ces derniers médicamens, et je me bornai à l'usage de l'arsénic seul. Au bout de trois mois de ce traitement, les tumeurs, qui n'étaient point ulcérées, cessèrent d'augmenter de volume, et celles qui l'étaient commencèrent à se cicatriser ; plusieurs même paraissaient complètement guéries. Une toux violente, qui survint malheureusement, et qui persista pendant deux mois, avec quelques autres symptômes d'une affection pulmonaire, me força à suspendre le traitement. La maladie des os reprit son cours, et M.lle E.... retomba dans un état presque aussi grave qu'auparavant. Le traitement fut repris, et je recommandai qu'on ne l'interrompît sous aucun prétexte, quoi qu'il arrivât. De ce moment, le mieux se manifesta de nouveau, il ne se développa aucune nouvelle tumeur ; celles qui existaient déjà ne grossirent plus, et les ulcères se cicatrisèrent rapidement, après toutefois que quelques-uns d'entre eux eurent donné issue à quelques portions d'os nécrosés. Environ six mois après, les règles parurent, et la maladie me sembla complètement guérie ; mais dans la crainte d'une rechute fâcheuse, on continua l'usage de l'oxyde blanc d'arsénic pendant un long espace

de temps. Ce médicament était devenu pour M.lle E.... un stimulant si agréable, qu'elle comparait ses effets sur l'estomac à ceux d'une petite dose de liqueur spiritueuse, et il augmentait constamment son appétit, que d'ailleurs on la laissait libre de satisfaire à sa fantaisie. Ce traitement ne donna lieu à aucun accident; mais il fut impossible, sans déranger l'estomac et sans occasionner des vomissemens, de porter la dose de la solution arsénicale au-delà de cinq gouttes trois fois par jour.

« Au mois de novembre 1819, je découvris une vaste collection de liquide sous les muscles de la partie supérieure de la cuisse; la pression le faisait rentrer en grande partie dans la cavité du bassin, et il n'y avait aucune douleur. Quelques vésicatoires, l'emploi d'un liniment volatil camphré et d'une compression méthodique à l'aide d'un bandage roulé, suffirent pour faire disparaître cet amas de liquide. » (*The American Journal of the Med. Sciences*, novembre 1829.)

Emploi de l'huile essentielle de térébenthine contre les névralgies. — *Obs.* I.re — Un homme âgé de 66 ans, ébéniste, entra à l'hôpital St.-Antoine dans le mois de mai 1829, affecté d'une névralgie faciale très-intense du côté droit. Cette maladie datait de douze ans, et son apparition avait coïncidé avec la disparition d'une affection rhumatismale qui siégeait dans le membre thoracique droit depuis quinze mois. L'application de sangsues et de vésicatoires à la joue, les saignées, l'acupuncture, l'évulsion de quatre dents, la valériane, les pilules de Meglin, l'extrait de belladone, tour-à-tour prescrits par divers médecins, n'avaient procuré aucun soulagement. Un médecin, trompé sur le véritable siége du mal, avait fait pratiquer, sans aucun résultat, la section du nerf facial. A son entrée à l'hôpital, le malade était en proie aux plus horribles souffrances; les douleurs siégeaient profondément dans l'orbite, à la fosse temporale, aux alvéoles dentaires supérieures, à la région sous-orbitaire. Elles arrivaient par accès qui ne duraient qu'un instant, ou qui persistaient pendant six à huit minutes, et se répétaient plusieurs fois chaque jour. Quand l'accès était très-violent, les tégumens de la région sous-orbitaire se ridaient, les muscles de la face se contractaient convulsivement, la sécrétion des larmes devenait abondante, quelquefois les mâchoires se heurtaient involontairement l'une contre l'autre; le malade ne pouvait ni parler, ni prêter attention à ce qu'on lui disait, la température chaude et humide était vivement redoutée du malade; au contraire, il éprouvait du soulagement pendant les temps secs et froids. Vers la fin de mai, M. Rayer prescrit: *emplâtre opiacé* renouvelé pendant huit jours. Point de soulagement marqué. Le 2 juin, julep avec un demi-gros d'*huile essentielle de térében-*

thine, dont la dose est graduellement élevée jusqu'à deux gros. Amélioration sensible tous les jours ; le douzième jour de cette médication, il y avait un soulagement des plus remarquables ; les douleurs étaient beaucoup moins vives, et les accès beaucoup plus éloignés. Le 15, des symptômes d'irritation gastro-intestinale s'étant manifestés, on suspend l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine, et on commence, pour les continuer pendant une semaine, des frictions sur la joue avec la *pommade stibiée*. Le mieux se continue, les exacerbations restent légères. Le 25, les accès reparaissent avec plus de violence. On revient à l'*huile essentielle de térébenthine*, dont la quantité était portée, le 1.er juillet, jusqu'à un gros et demi. Nouveau soulagement des plus manifestes ; mais la susceptibilité de l'estomac força encore d'abandonner ce médicament. Pendant les jours suivans, on donne plusieurs fois un demi-grain *de tartre stibié en pilules* ; de là plusieurs vomissemens et quelques selles. L'amélioration de la maladie s'est maintenue. Le 15 juillet, le malade voulut sortir de l'hôpital : il était alors bien soulagé. Il n'avait plus que trois ou quatre accès légers et courts en quarante-huit heures, tandis que lors de son entrée, ils se renouvelaient avec beaucoup de violence de vingt-cinq à trente fois dans le même espace de temps. Le malade rentra à l'hôpital le 17 août ; les douleurs avaient repris leur fréquence et leur intensité premières. Depuis le 18 août jusqu'au 12 septembre, on employa sans succès les *préparations arsénicales*, les extraits de *belladone*, de *datura stramonium*, les sangsues, *une saignée*, *des vésicatoires* à la joue. On reprit la médication par l'*huile de térébenthine*, on obtint encore un amendement notable, mais de peu de durée, car l'estomac ne put encore supporter long-temps l'usage de ce médicament. Du 15 septembre au 25 octobre, six cents grains de *camphre* en pilules, *vésicatoires*, électro-puncture. Le 27 octobre, le malade, à peine soulagé, voulut sortir pour aller habiter quelque temps la campagne, et a été depuis lors perdu de vue.

Obs. II.e — Une femme âgée de 47 ans, mère de plusieurs enfans, encore bien réglée, exposée par état à toutes les intempéries de l'air, fut atteinte, dans les derniers mois de l'année 1829, de malaises généraux, de douleurs dans tout le corps, principalement dans les grandes articulations et le long du membre abdominal gauche. Entrée de la malade à l'hôpital Saint-Antoine le 16 janvier 1830. Il y a quelques jours que ses douleurs rhumatismales vagues l'ont quittée. Mais ses souffrances n'ont fait qu'augmenter dans le membre gauche. La malade indique d'une manière si précise leur siége et la direction qu'elles suivent, qu'il est impossible de ne pas reconnaître une affection de tout le nerf sciatique : partant de la région lombaire, elles marchent vers la région ischiatique, la partie postérieure de la cuisse.

le jarret, la partie externe de la jambe, les environs du tendon d'Achille, et vont se terminer à la plante des pieds et aux orteils. Sentiment de fourmillement, ou d'élancemens, ou d'arrachement dans tout ce trajet; insomnie; les douleurs dans la nuit sont si vives qu'elles arrachent des gémissemens et des cris. Pendant les accès, il y a céphalalgie intense, malaise précordial, faiblesses, étouffemens. Pendant douze jours, on prescrit des *pilules de camphre*. Après un léger soulagement momentané, le mal n'a fait qu'empirer (*Saignée de 14 onces*). Même état des douleurs névralgiques, mais diminution de la céphalalgie et des étouffemens. Application de 100 *sangsues* en deux fois sur le trajet du nerf sciatique. Nulle amélioration constante. *Deux vésicatoires volans*, l'un aux environs du grand trochanter, l'autre sur la tête du péroné. Les douleurs ne font qu'augmenter. Enfin, le 7 février, on prescrit 24 gouttes d'*huile essentielle de térébenthine* dans *un julep*. Dès le troisième jour de l'emploi de ce médicament, la malade était entièrement délivrée de ses douleurs, et son état général était beaucoup amélioré. La même médication fut continuée jusqu'au 14, et la guérison fut complète. (*La Lancette*, 23 février 1830.)

Expulsion d'un haricot introduit dans les voies aériennes d'un enfant a la suite de la trachéotomie. — Une petite fille de 8 ans déroba chez un épicier un haricot rouge qu'elle mit précipitamment dans sa bouche. Un mouvement d'inspiration entraîna ce corps à travers la glotte. Il survint aussitôt une toux violente avec des accès de suffocation. Cet accident eut lieu le jeudi à trois heures après midi. M. Delens et plusieurs autres médecins qui virent la malade prescrivirent un émétique qui occasionna des vomissemens, mais le corps étranger ne sortit pas. La nuit et une partie du jour suivant se passèrent dans des alternatives de calme et de suffocation. L'enfant fut amené à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du vendredi. Pendant la nuit, les accidens se renouvelèrent souvent et avec une intensité effrayante. Le matin, à la visite, M. Dupuytren entendit le choc du corps étranger dans la trachée, espèce de grelottement qu'on percevait avec la plus grande facilité en appliquant l'oreille sur le haut du sternum de l'enfant, ou même simplement en écoutant de près le bruit respiratoire. Les efforts de toux étaient violens; ils s'accompagnaient de nausées et même de vomissemens glaireux. L'indication à remplir était évidente, l'enfant fut conduit à l'amphithéâtre le samedi 13 février, à dix heures du matin. Une incision d'un pouce de hauteur fut pratiquée exactement sur la ligne médiane du cou, un peu au-dessus du bord supérieur du sternum. Le tissu cellulaire fut divisé avec précaution, on écarta les muscles qui recouvrent la trachée, et l'on arriva enfin à ce tuyau cartilagineux sans avoir eu à lier aucun

vaisseau artériel ou veineux. Un bistouri droit et pointu divisa verticalement plusieurs cerceaux cartilagineux ainsi que les membranes qui les unissent ; l'incision agrandie en haut et en bas, les bords de la plaie furent tenus écartés au moyen des branches d'une pince à pansement, et après quelques efforts d'expiration assez violens, le haricot, enveloppé de mucosités sanguinolentes, franchit l'ouverture accidentelle, et tomba sur la poitrine de la petite malade. La plaie fut nettoyée avec soin du sang écumeux qui en recouvrait les bords, on plaça au-devant du cou un linge fin enduit de cérat, qui fut maintenu par quelques compresses et plusieurs tours de bande peu serrés. La malade avait beaucoup crié, et sa voix s'était conservée même lorsqu'une partie de l'air sortait par l'ouverture de la trachée. Du reste, il n'y eut aucun accident dépendant de l'opération elle-même. Le haricot retiré avait plus de cinq lignes de hauteur sur trois lignes de largeur et autant d'épaisseur. Il était un peu bosselé par suite du gonflement des cotylédons. Dans la soirée, les symptômes de bronchite furent assez intenses pour exiger une saignée du bras d'environ deux palettes. La nuit fut laborieuse. Le dimanche, alternatives de calme et de dyspnée ; la respiration se faisait presque en entier par la plaie, les mucosités qui s'y attachaient la rendaient bruyante. Le soir du même jour, on appliqua huit sangsues au-devant du cou ; elles fournirent beaucoup de sang, et la malade s'en trouva bien. Le 15, elle allait mieux, et tout semblait promettre le succès de l'opération. (*La Lancette*, T. III, n.° 4.)

AMPUTATION DE LA VERGE ; *observ. par le docteur Boeneck.* — I.re *Obs.* — Un homme de 62 ans, d'une forte constitution, réclama le 18 juillet 1824, les secours médicaux pour une rétention d'urine. On trouva la verge en érection, le gland très-convexe à droite, le prépuce adhérant au gland dans toute son étendue, et ne présentant qu'une ouverture de la grandeur d'une tête d'épingle. Cette ouverture était bouchée par des mucosités qui empêchaient la sortie de l'urine. Celle-ci eut lieu aussitôt que les mucosités eurent été enlevées. Pendant dix jours on répéta cette opération deux fois par jour. Le 28 juillet, le phymosis congénial fut opéré, et le prépuce détaché de toute la surface du gland. Après l'opération, le jet de l'urine fut assez fort, mais suivi chaque fois d'un écoulement puriforme. Le gland présentait une forte convexité à droite. Le malade ne ressentait aucune douleur dans la partie. Dans la vue d'entretenir l'écoulement purulent, on prescrivit des injections avec une solution d'acétate de plomb et de myrrhe, et l'usage de bougies. L'état du malade resta le même jusqu'au mois de septembre 1825, quand, à la suite de la suppression spontanée de l'écoulement, cinq ulcères fistuleux se manifestèrent au gland. M. Boeneck fut appelé en consul-

tation. On prescrivit l'usage de cataplasmes narcotiques, d'injections avec les solutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, de myrrhe, d'opium, l'eau de chaux, les frictions avec l'onguent mercuriel uni au camphre; l'introduction d'une sonde droite d'argent qu'on enduisait alternativement d'onguent mercuriel rouge et d'onguent de zinc. Intérieurement le malade prit du quinquina, du cachou, de l'alun, etc., et un régime approprié. Le mal empira progressivement; toute la verge se transforma en une masse en partie pâteuse, en partie squirrheuse. Sur sa partie dorsale, près de sa racine, se forma un abcès, qui s'ouvrit et donna issue à une matière sanguinolente d'abord, plus tard aqueuse, et enfin jaune et épaisse. Cet abcès communiquait avec les fistules du gland. Des chairs fongueuses et saignantes s'élevèrent des ouvertures fistuleuses : la cautérisation répétée avec le nitrate d'argent les transforma en ulcères carcinomateux. On songea alors à l'amputation de la verge. La constitution du malade ayant beaucoup souffert, on prépara le malade à l'opération par un régime et des médicamens toniques. La dégénérescence de la verge rendait nécessaire l'amputation aussi près du pubis que possible. Delà devaient résulter après l'opération un enfoncement et une extrême difficulté d'arrêter l'hémorrhagie si elle avait lieu. Cette dernière considération détermina M. B. à pratiquer l'amputation au moyen de la ligature. L'opération fut faite le 23 janvier 1826. Une sonde d'argent fut introduite dans la vessie et maintenue par un aide qui en même temps souleva le pénis; celui-ci fut entouré près de sa racine, d'un cordonnet de soie ciré qu'on serra au moyen du tourniquet de Graefe. A mesure que la constriction devint plus forte, le malade se plaignit d'abord d'envie d'uriner, puis il soupira à plusieurs reprises, et enfin il ressentit une douleur violente qui cependant se dissipa, ainsi que le sentiment dans la partie, après qu'on eût encore augmenté la constriction. On fixa alors le tourniquet dans la région inguinale droite, par des bandelettes agglutinatives. Le malade se plaignait de lassitude, d'envie d'uriner, et d'un grand froid dans les extrémités inférieures. Deux heures après, la verge était noire et insensible; la ligature avait légèrement incisé les parties, et il s'écoulait un peu de sérosité sanguinolente. Le lendemain l'incision avait la profondeur d'une ligne et demie; l'écoulement était plus considérable, la verge avait une odeur cadavéreuse. Le malade avait bien dormi. On serra la ligature. Le soir, le malade fut pris d'un frisson suivi d'un léger délire, qui, après une heure et demie, se termina par de la sueur, des vomissemens et le sommeil. Le pouls, dur et plein, avait 138 pulsations par minute. On prescrivit une potion nitrée : la nuit fut bonne. Le 25, on serra la ligature autant que possible, puis on fit l'ablation de la majeure partie du

pénis, sans qu'il se manifestât une trace de sang. L'intérieur du gland et du corps caverneux droit était ulcéré et complètement creux. Le 26, on serra de nouveau la ligature sans produire de la douleur. L'état du malade était très-satisfaisant. Le 27, la constriction ayant été portée aussi loin que possible, les parties au-dessus de la ligature rougirent et se tuméfièrent. Le 28, on enleva la ligature, et on acheva au moyen du bistouri l'ablation du pénis; il en résulta un léger écoulement de sang qui fut arrêté par l'application d'eau froide. Les jours suivans, quelques parties environnantes de la plaie, entre autres le ligament suspenseur, tombèrent en gangrène. Il s'établit aussi au périnée une fistule qu'on fut obligé de réunir à l'urètre par une incision. Malgré ces accidens, la guérison fut complète le 10 mars. Toutes les parties étaient recouvertes par la peau; l'orifice de l'urètre présentait des rides et ressemblait à celui des femmes. Un régime fortifiant et l'usage du quinquina avaient rétabli la constitution du malade.

II.e *Obs.*— Le 8 janvier 1823, M. B. fut appelé auprès d'un homme de 58 ans, adonné à l'ivrognerie. Deux jours auparavant, cet individu étant complètement ivre, avait passé la nuit sur un grenier; le matin en se réveillant, il s'aperçut que sa verge avait perdu tout sentiment. M. B., en examinant la partie, trouva le gland gangréné et la partie des corps qui l'avoisine tuméfiée, présentant une dureté calleuse, et percée de sept fistules. Le reste de la verge était également dur et presque insensible. La constitution du malade paraissait très-délabrée; il avait en outre une fièvre très-forte. Il assurait n'avoir jamais eu le moindre mal à la verge, ni s'être exposé à la contagion syphilitique; et soutenait que sa maladie avait pris naissance durant la nuit qu'il avait passée au froid. On couvrit la verge de cataplasmes aromatiques, et on appliqua de temps en temps de l'eau d'arquebusade de Théden sur les parties fistuleuses et gangrénées. A l'intérieur on fit prendre du quinquina et deux grains d'opium, de trois en trois heures. Au bout de quelques jours, les parties situées derrière les fistules avaient perdu leur dureté; une ligne de démarcation s'était formée entre les parties gangrénées et celles qui ne l'étaient pas; mais derrière cette ligne se trouvaient non-seulement quelques endroits qui présentaient de la fluctuation, mais aussi les fistules desquelles s'élevaient des excroissances fongueuses. N'ayant aucun espoir de pouvoir guérir ces dernières, même après la chute des parties gangrénées, M. B. préféra amputer aussitôt la verge, ce qu'il fit avec un bistouri droit. Aucune hémorrhagie ne s'en suivit; mais pour prévenir celle qui pourrait se faire consécutivement, M. B. introduisit dans l'urètre une sonde d'argent, sur laquelle il comprima le moignon de la verge, à l'aide d'une bande

de la largeur d'un doigt, ce qui cependant gêna le malade au point qu'on préféra y substituer la compression exercée sur le périnée, au moyen d'une compresse graduée. En même temps on fit pendant deux jours des applications d'eau froide sur le moignon, qui ne se cicatrisa que cinq semaines après l'opération, et lorsqu'on eût permis au malade l'usage abondant de l'eau-de-vie. (*Beobachtungen und. Bemerkungen*, etc., *von Boeneck. Hamburg*, 1829.)

Chimie médicale, Pharmacologie.

Appareil et expériences propres à déterminer la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie; *par William Reid Clanny, M.-D.* — Dans le tome XVIII des *Archives générales de médecine*, page 289, nous avons donné l'analyse d'un mémoire de M. R. Clanny sur les changemens que subit le sang dans la fièvre continue, et dans lequel il ne donnait aucuns détails sur les moyens qu'il avait employés pour arriver à la détermination de ces changemens. Depuis, il a publié le précis de ses expériences et la description de l'appareil dont il s'est servi; et nous nous empressons de les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Je fis préparer un flacon de la contenance de vingt onces, de manière à ce qu'il tint parfaitement l'air; je fis adapter un robinet au bouchon, et graduer le flacon. Cet appareil fut fixé à l'ouverture de la plaque d'une machine pneumatique au moyen d'un tube de cuivre, et on y fit le vide. J'enlevai ensuite le flacon, et je fixai à la garniture, au-dessus du robinet, un tube de verre d'environ trois lignes de diamètre, courbé à angle très-obtus, et muni d'une boule au sommet de l'angle. Les choses étant ainsi préparées, je plaçais l'extrémité libre du tube aussi près que possible d'une veine ouverte, mais cependant sans toucher au bras, et je laissais couler le sang jusqu'à ce que la boule en fut remplie. J'ouvrais alors le robinet, et le sang contenu dans la boule se précipitait dans le flacon, où nous avons dit que le vide avait été fait. Je fermais le robinet, puis je continuais à remplir de nouveau de sang la boule du tube, et à faire passer ce liquide dans le flacon jusqu'à ce que j'en eusse une quantité suffisante. Après quelques essais, je parvins à obtenir facilement de cette manière telle quantité de sang qui m'était nécessaire. Le tube de verre étant ensuite enlevé, j'adaptais le flacon à un appareil disposé de manière à faire passer les gaz qui pouvaient y être contenus à travers un tube gradué rempli d'eau de chaux, et placé dans le récipient d'une machine pneumatique, dans lequel on avait fait le vide. De cette façon, l'acide carbonique du sang, mis en contact avec l'eau de chaux, et formant ainsi du carbonate de chaux, il était facile d'évaluer avec exactitude la quantité de ce gaz que le sang avait fourni. Des soupapes

ajustées avec soin empêchaient d'ailleurs l'eau de chaux de pénétrer dans le flacon. Je dois dire ici, qu'avant d'employer le flacon, je l'avais pesé exactement, et que je le pesais de nouveau avec le sang qu'il contenait, après en avoir enlevé l'acide carbonique.

« Je couchais ensuite le flacon sur le côté, et après l'avoir laissé dans cette position pendant deux ou trois heures, je décantais tout le sérum avec la plus grande précaution. Ce liquide était alors coagulé à une température convenable et constante. Le coagulum, coupé en petits morceaux, était jeté sur un filtre de Wedgewood (*perforated Wedgewood Funnel*), pour en séparer la sérosité. Après quoi, je lavais soigneusement l'albumine coagulée avec de l'eau chaude, que j'ajoutais ensuite à la sérosité. Le coagulum était pesé; la sérosité et les eaux de lavage étant évaporées à siccité dans une capsule de Wedgewood, les sels étaient réunis et pesés avec soin. Le poids du caillot dépouillé du sérum était aussi constaté; et la fibrine, séparée de la matière colorante, était recueillie dans un petit sac de linge fin, dans lequel on faisait passer un courant continu d'eau distillée. Elle était ensuite placée sous une presse de mon invention; et lorsque toute l'eau en avait été exprimée et toute l'humidité enlevée à sa surface, on la pesait. Enfin le liquide qui contenait la matière colorante était évaporé, et cette dernière pesée avec exactitude.

« Ce mode d'expérimentation avait pour but, comme il est facile de l'apercevoir, d'empêcher l'oxygène de l'air de se combiner avec le sang, comme il arrive lorsqu'on reçoit ce liquide dans un vase ouvert; ce qui pourrait apporter de grandes modifications à sa composition, sous le rapport de la quantité d'acide carbonique qu'il contient.

« J'ai toujours éprouvé les plus grandes difficultés à obtenir des résultats uniformes, en employant la chaleur pour dessécher la fibrine. En effet, cette substance peut être chauffée graduellement jusqu'à ce qu'elle ait perdu la moitié de son poids, sans pour cela que son aspect extérieur et ses autres propriétés physiques paraissent avoir éprouvé aucun changement. C'est pourquoi j'ai fait construire la presse dont j'ai parlé ci-dessus, et qui me semble d'une utilité indispensable pour obtenir des résultats comparables.

« Je remarquerai en passant que je n'ai jamais observé de différence dans le temps nécessaire à la coagulation du sang, soit à l'air libre, soit dans le vide. Il est vrai que je n'ai pas donné une grande attention à l'examen de ce phénomène. »

M. R. Clanny termine cette notice en appelant l'attention des physiologistes sur ce genre d'expériences, qui, suivant lui, est le plus convenable pour reconnaître les changemens que le sang doit certainement éprouver dans un grand nombre de maladies. (*The Edinburgh med. and surg. Journal*, juillet 1829.)

Composition de la bile; *par M. H. Braconnot.* — L'auteur a conclu des nombreuses expériences qu'il a faites : 1.° que la bile est un véritable savon, comme l'avaient prétendu les anciens médecins ; 2.° que le picromel contient une résine particulière qui en constitue la plus grande partie; de l'acide margarique; de l'acide oléique; une matière animale; une substance très-amère alcaline; un principe sucré, incolore, qui passe au pourpre, au violet et au bleu par l'addition de l'acide sulfurique; et, enfin, une matière colorante. (*Annales de Chimie et de Physique*, octobre 1829.)

Composition du seigle ergoté; *par M. F. Maass.* — Il résulte des expériences de l'auteur : 1.° que le seigle ergoté ne contient plus d'amidon; 2.° qu'il renferme du gluten (albumine végétale, mucoso-sucré, et gomme); 3.° qu'on n'y trouve ni acide hydrocyanique, ni morphine, ni narcotine, comme on l'avait prétendu; 4.° qu'on y trouve de l'ammoniaque, ou du moins une substance alcaline, qui est peut-être un alcaloïde particulier; 5.° qu'il n'y existe pas non plus d'acide phosphorique, mais plus probablement de l'acide acétique ou un autre acide végétal; 6.° enfin, qu'on y trouve une matière colorante violette, une matière résineuse, une huile grasse et un résidu alcalin qui paraît être un acétate. (*Kastner's Archiv für die gesammte Naturlehre*, T. XVIII.)

Nouvelle préparation d'opium; *par M. Houlton.* — M. Houlton ayant souvent observé que certaines personnes ne peuvent supporter la teinture ordinaire d'opium, a cherché une nouvelle préparation de ce médicament; celle qui lui a offert le plus d'avantages est la suivante, qu'il désigne sous le nom de liqueur acétique d'opium, *liquor opii acetici* :

R.	Acide acétique concentré........	℥ j
	Eau distillée....................	℥ ix
	Opium	℥ ij ß

M. Faites digérer à une douce chaleur pendant quatre jours, et filtrez.

La dose de cette liqueur est de dix gouttes. L'auteur l'administre ordinairement étendue dans de l'eau distillée, avec addition d'acide nitrique alcoholisé. Elle ne produit, suivant lui, ni maux de tête, ni agitation, comme le font les autres préparations d'opium. (*Geiger's Magazin für Pharmacie*, T. XXVII.)

Académie royale de Médecine. (Mars.)

Séance du 2 mars. — **Epidémie du bagne de Toulon.** — M. Rochoux annonce que, considérant comme un fait inoui l'absence d'éruption pétéchiale dans le typhus qui règne actuellement au bagne de Toulon, il a écrit en cette ville pour éclaircir ce fait, et M. Pellicot lui a répondu que, à la vérité, l'éruption y avait été très-rare, mais qu'elle y avait été observée quelquefois, et que depuis quelque temps on l'y avait vue plus fréquemment. M. Rochoux ajoute que cette éruption y a existé plus souvent qu'on ne l'a cru, mais qu'étant passagère et peu apparente, elle a dû être souvent méconnue. On l'aura d'ailleurs cherchée, et bien vainement alors, sur des sujets qu'on croyait atteints du typhus, mais qui n'avaient pas ce mal. M. Rochoux conteste encore ce qu'ont dit les médecins de Toulon de la nature non-contagieuse de la maladie. Enfin, il persiste à considérer comme cause principale du mal le mauvais logement des forçats, s'appuyant sur un travail statistique récemment publié, duquel il résulte que, dans aucune réunion d'hommes, la mortalité n'est aussi grande que parmi les galériens. Il veut que le gouvernement soit prié d'appliquer aux bagnes les améliorations qu'il a déjà faites dans les prisons. M. Keraudren assure que l'autorité fait tout ce qu'elle peut pour améliorer, au physique et au moral, la position des galériens.

Abcès au pharynx. — *Observation lue par M. Priou, médecin à Nantes.* — Un homme est atteint d'un érysipèle à la face; il s'expose à l'air par un temps humide et froid, et le troisième jour de son apparition, l'érysipèle disparaît. En même temps, éclate une vive douleur à la gorge : pendant six jours, cette douleur persiste. La respiration est gênée, la déglutition difficile, le col gonflé à l'extérieur, et cependant rien n'apparaît dans l'arrière-bouche. L'émétique est vainement donné à deux reprises, dans l'espoir d'amener la rupture d'un abcès qu'on soupçonne se former dans le pharynx. L'oppression, la difficulté de la déglutition, le volume du col à l'extérieur, augmentent. De temps en temps la face se colore en noir; le malade est agité, manifeste un délire fugace; et quand il respire, il éprouve comme la sensation d'un corps flottant dans la gorge; il est pris de suffocation quand il se couche, sa voix s'altère, devient nazillarde. Deux jours s'écoulent encore, pendant lesquels la situation du malade s'aggrave beaucoup et devient très-alarmante. Enfin, en explo-

rant attentivement la gorge, M. Priou croit remarquer que la face postérieure du pharynx saille un peu en avant et est le siége d'un abcès : il essaye, mais envain, de faire une ponction en cet endroit avec une lancette fixée à l'extrémité d'un morceau de bois, et recouverte jusqu'à sa pointe d'une bandelette de linge. Le lendemain, neuvième jour de la maladie, il y parvient avec un pharyngotôme, et une chopine de pus de bonne nature s'écoula. Le dixième jour, il fait une deuxième ponction qui donna issue à une égale quantité de pus couleur lie-de-vin. Plus tard, enfin, il pratiqua une incision au pharynx, et le pus ayant alors un écoulement facile, en quelques jours l'abcès est détergé, et le malade guéri.

Lithotriteur droit dans une sonde courbe. — M. Pravaz lit une note sur un lithotriteur droit pénétrant dans la vessie à travers une soude courbe qu'il vient d'inventer pour éviter les froissemens qu'éprouve toujours la partie inférieure de l'urètre au moment où, dans la lithotritie, on abaisse l'extrémité extérieure de la sonde droite pour la faire pénétrer dans la partie courbe du canal. Cet instrument se compose : 1.° d'une sonde de gomme élastique ouverte à son extrémité vésicale, et recevant un mandrin en baleine courbe et terminé par une olive en ivoire ; 2.° d'un lithotriteur ordinaire destiné à pénétrer dans cette sonde élastique. Quand la sonde est introduite dans la vessie, on en retire le mandrin flexible pour lui substituer le lithotriteur; on fait d'abord parcourir à celui-ci la partie droite de l'urètre, puis, par un mécanisme annexé à l'instrument, on le fait pénétrer dans la partie courbe, dont la courbure est progressivement redressée. Mais comme ce moyen ne peut s'appliquer qu'à une pince de petit calibre, M. Pravaz ne le considère que comme un complément du lithotriteur courbe qu'il a présenté dernièrement à l'Académie. (Voyez le tome présent des *Archives*, page 256). Il pense cependant qu'on pourrait l'employer à la recherche et à la destruction des fragmens.

Epidémie a Pierre-Feu en 1827. — *Mémoire de M. le docteur Courtès; rapport de MM. Bourdois, Gasc et Londe.* — Cette maladie, qui, sur une population de 1,232 habitans, en a atteint 83, et en a fait périr 16, est attribuée à la mobilité atmosphérique et à la fréquence des pluies, et est appelée, par M. Courtès, *pneumonie catarrhale et bilieuse compliquée de fièvre intermittente*. Parmi les symptômes, en effet, ce médecin signale une douleur pongitive sous le sein droit, de la gêne dans la respiration, et des crachats rouillés et souvent striés de sang. La Commission donne des éloges au traitement qu'a employé M. Courtès.

Fièvre pestilentielle de Morée. — MM. Bouillaud et Double font un rapport sur un mémoire de M. Lardon, médecin d'Ibrahim-Pacha,

intitulé : *Prospectus morbi pestilentialis, absque ullà fere contagione, qui in castris turco-ægyptiis in Peloponeso degentibus obortus est, anno* 1828. Au commencement du printemps de 1828, dans l'hôpital d'abord, puis dans le camp turco-égyptien, près les villes de Néocastre et de Methon, éclata une maladie dont les symptômes ressemblaient à ceux de la fièvre pétéchiale et de la peste. Tantôt, au milieu d'une légère chute des forces, même sans lésion notable des fonctions nerveuses, apparaissaient aux régions inguinales, axillaires, parotidiennes, des bubons indolens et qui se résolvaient facilement. Tantôt, sans cause évidente, après des lassitudes générales ou subitement, survenait l'affection la plus grave, et dès les premiers jours des pétéchies rouges sur tout le corps. Dans les cas les plus fâcheux, au début, ou dans le cours du mal, il se faisait une éruption de charbons ou de bubons; il y avait sécheresse de la langue, soif, pouls serré, et la mort arrivait en trois ou quatre jours, ou du septième au quinzième. Les jeunes gens, les femmes, les sujets lymphatiques, étaient plus fréquemment atteints. Un conseil de médecins fut convoqué, et la maladie fut qualifiée, par les uns, de peste; par les autres, de fièvre pétéchiale. Une infirmerie fut élevée sur les bords de la mer, et les malades y furent soigneusement tenus dans l'isolement. Un médecin français, assisté de trois chirurgiens arabes, consentit à s'y renfermer. Les chaleurs de l'été et le défaut de subsistances, amené par l'état de siége, donnèrent à la maladie plus d'intensité; elle s'étendit aux villes de Methon et de Néocastre. Alors, chaque jour quinze nouvelles personnes étaient atteintes, et six à sept périssaient. La moyenne proportionnelle de la mortalité a été de 20 à 25 sur 100. La maladie n'a pas paru être contagieuse. Le traitement a varié; on a quelquefois employé les saignées, mais on ne pouvait guères les répéter; si l'appareil digestif était le siége de congestions, on se trouvait bien de l'émétique et de légers cathartiques suivis de décoctions amères. Souvent des sudorifiques, des pilules de camphre et de kermès, ont été très-utiles. M. Lardon n'a pas fait d'ouvertures de corps, parce que les opinions superstitieuses du pays l'en ont empêché : cependant Méhémet-Ali, vice-roi d'Egypte, vient d'accorder aux médecins européens la faculté d'ouvrir les cadavres des individus morts dans les hôpitaux. M. Lardon pense que la maladie dont il vient d'être question n'était pas la peste, mais une simple fièvre maligne pétéchiale; il se fonde sur ce que la maladie ne se communiquait pas par le contact; ce qui est au contraire de la peste, à ce point, qu'il a vu en 1818 une lettre transmettre ce fléau à toute une ville. Il ne croit pas les bubons et les charbons des symptômes exclusifs de la peste, et dit en avoir vus dans des épidémies de fièvres putrides. Il assigne pour cause à la maladie l'altération de l'air, les

privations de tout genre, et les affections de l'ame. M. Rochoux regarde comme erronée l'assertion que la peste se propage facilement par le contact; selon lui, cette maladie se transmet, moins par cette voie que par les émanations de l'air. M. Emery met aussi en doute qu'une lettre puisse apporter le germe de la peste; si cela était, que de fois ce mal n'éclaterait-il pas sur notre littoral par les marchandises qu'on y apporte, et qui alors viennent principalement des pays pestiférés, parce que le commerce les y acquiert à moindre prix.

Monstruosité, anopsie. — M. Ollivier, d'Angers, fait un rapport sur un fœtus monstrueux. Le diamètre occipito-frontal est très-alongé, tandis que le transversal est très-raccourci. Les deux globes oculaires manquent : les paupières, au lieu de faire une saillie convexe, sont enfoncées ; leurs bords étaient adhérens : quand on eut détruit ces adhérences, on ne vit dans l'orbite, au lieu du globe oculaire, que quelques fibres d'une teinte légèrement rouge et du tissu cellulaire adipeux. L'enfant peut mouvoir légèrement les paupières, de l'intervalle desquelles coule une petite humeur blanchâtre. M. Ollivier pense que ce genre de monstruosité tient à un arrêt de développement; a pour conséquence naturelle, s'il est complet, l'absence de la glande lacrymale, et le plus souvent coïncide avec quelques vices de conformation de l'encéphale, particulièrement l'absence des couches et des nerfs optiques. L'enfant vit et a déjà quatre mois.

Statistique de la Guadeloupe. — M. Girardin, au nom d'une commission, fait un rapport sur sept mémoires envoyés par M. Dupuy, pharmacien à la Guadeloupe. 1.° Le premier de ces mémoires est un *Essai de statistique générale de la Guadeloupe*, en 1827. La température moyenne de cette année a été de 27,2 therm. cent. L'île, sous le point de vue géologique, est divisée en deux parties distinctes, par un bras de mer nommé *rivière Salée*. L'une occidentale, dite *Guadeloupe proprement dite*, renferme dans son centre et du nord au sud, de hautes montagnes volcaniques couronnées de forêts, et desquelles se précipitent des rivières et des torrens. L'autre, située dans l'est, appelée *Grande-terre*, est au contraire un pays plat, fertile, qui repose sur un terrain calcaire. 2.° Le second mémoire contient l'analyse de l'eau d'une ravine, située près la Pointe-à-Pitre, découverte par M. Ferrand, en 1826, et qui très-potable, a été de la plus grande ressource pour les habitans lors de la sécheresse de 1827. 3.° Le troisième mémoire n'est qu'une note sur les eaux de deux rivières appelées *rivière aux Herbes* et *rivière des Galions*, qui arrosent la ville de Basse-terre et servent aux besoins des habitans. 4.° Le quatrième est un rapport sur les eaux fournies aux troupes de la garnison de la Pointe-à-Pitre, rapport dans lequel

il est établi qu'il faut préférer les eaux de la rivière *Lezarde* à celle de la *rivière du Coin*. Il faut, dit M. Dupuy, n'user de celle-ci qu'après l'avoir filtrée, et s'abstenir de la laisser séjourner dans les futailles. 5.° Le cinquième mémoire est un rapport sur la sangsue médicinale envoyée du Sénégal pour être naturalisée à la Guadeloupe. M. Dupuy y reproduit l'assertion de M. Chatelain, pharmacien de Toulon, que les odeurs fortes sont meurtrières pour les sangsues; il y dit que ces sangsues extraient une quantité de sang égale au poids de leur corps, et moitié moindre que celle soustraite par les sangsues de France; qu'en conséquence il est nécessaire de les appliquer en plus grand nombre; et qu'enfin conservées dans de la glaise humectée elles s'y multiplient. M. Dupuy se propose de leur faire acquérir plus de vigueur, en essayant de les faire accoupler avec les sangsues d'Europe. 6.° Le sixième mémoire est un rapport sur une discussion qui s'était élevée à la Guadeloupe, sur des pilules de noix vomique, entre un pharmacien et un médecin. 7.° Enfin, le septième mémoire est une notice sur une épizootie qui a régné à la Guadeloupe en 1827. Cette épizootie était généralement attribuée à un engrais appelé *Boue de mer*, employé dans la colonie depuis dix ans : mais M. Dupuy nie cette origine, en ce que le mal a éclaté dans des lieux où l'on n'use pas de cet engrais. La plupart de ces travaux de M. Dupuy ont été exécutés sur l'ordre des autorités civiles et militaires de la Guadeloupe.

Cornes chez l'homme; *observation lue par M. Lozes, médecin à Paris.* — Un homme âgé de 45 ans, portait, 1.° sur le grand trochanter droit, une corne en tout semblable à celle des béliers; 2.° une autre corne pareille, à la partie supérieure et postérieure de la jambe gauche : il avait ces excroissances depuis dix ans. M. Lozes en fit l'ablation, et un bouton de feu fut appliqué sur la plaie qui fut cicatrisée en quelques jours. Une des cornes a 5 pouces de long, sur un de diamètre à sa base, et pèse 34 grammes; l'autre est plus longue encore. Analysées par M. Dublanc, leur substance a paru être analogue à ce que Fourcroy et Hatchett ont appelé albumine oxygénée, et qui compose les ongles, l'épiderme de la peau, les cornes de bœufs, etc.

Atrophie d'un hémisphère cérébral; *observation de M. Guéneau de Mussy.* — Un homme âgé de 42 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, avec les symptômes d'une maladie du cœur au dernier degré. Depuis son enfance, il était affecté d'une hémiplégie droite incomplète; les membres paralysés étaient amaigris, atrophiés; les phalangines des doigts étaient presque luxées en arrière sur les phalanges. L'intelligence et les sens étaient intègres. Au bout de deux jours, il meurt. — *Nécropsie.* Infiltration des membres abdominaux, surtout du côté

droit; sérosité dans les plèvres et le péritoine; ventricule gauche du cœur trois à quatre fois plus considérable, et à parois très-épaissies; ventricule droit par suite déprimé et très diminué. Le crâne du côté gauche est double d'épaisseur qu'à droite. Le cerveau de ce côté présente une dépression considérable; le lobe antérieur de ce côté est dépassé d'un demi-pouce en avant par le lobe antérieur du côté droit; les circonvolutions en sont amincies, aplaties, plus consistantes, plus blanches, et laissent entr'elles des anfractuosités larges et profondes; dans le ventricule latéral est un épanchement considérable; ce ventricule est très-dilaté, ses parois réduites en une membrane; la couche optique, le corps strié, la protubérance annulaire et le pédoncule antérieur, sont à gauche atrophiés; le cervelet présente une altération semblable, mais au côté opposé, c'est-à-dire que l'hémisphère droit est plus petit d'un tiers que le gauche. M. Amussat assure avoir toujours remarqué dans des cas analogues, que le cervelet présentait dans le côté opposé à l'hémisphère cérébral déprimé, une atrophie semblable. M. Ferrus affirme le même fait; le plus souvent les malades étaient idiots; une fois cependant il y avait intégrité des sens et de l'esprit, comme dans l'observation de M. Gueneau de Mussy.

Séance du 9 mars. — Remèdes secrets. — M. Guibourt, au nom de la Commission des remèdes secrets, propose et fait adopter le rejet: 1.° d'un *sel métallique*, que la dame Leveau dit être un remède efficace contre des maladies incurables, et qui ne peut même être employé sans danger, puique c'est un sel vénéneux, du carbonate de cuivre pur et anhydre; 2.° d'un *élixir odontalgique* du sieur Arrault, pharmacien à Paris, élixir qui n'est qu'une teinture alcoholique de substances très-âcres; 3.° d'un remède du sieur Eve, fabricant d'étoffes de soie à Lyon, pour la guérison des efforts, remède qui se réduit à des applications astringentes appliquées trois fois le jour; 4.° d'un remède du sieur Trouette, de Lavardens, département du Gers, contre la phthisie pulmonaire et autres maladies graves; et d'un sirop dépuratif du sieur Fleury, de Paris; lesquels ne sont, l'un et l'autre, que le sirop de mercuriale ou de longue vie du Codex, dont on a retranché le suc de buglosse et la racine d'iris commune; 5.° enfin, d'un *élixir* et d'une *poudre dentifrice* du sieur Isouard, dentiste à Paris. La même Commission a examiné un cosmétique du sieur Boulet, cosmétique que cet individu appelle pommade cutanée, et qui diffère peu de ce qu'on appelle la pommade à la crême ou à la sultane; elle ne voit aucun danger à l'emploi de ce cosmétique, mais elle juge néanmoins qu'il n'y a pas lieu que le gouvernement accorde l'autorisation spéciale de vente que le sieur Boulet sollicite. Enfin, la Commission porte, sur le sirop dépuratif que le docteur

Chaumonot, de Paris, compose contre les maladies scrofuleuses, le même jugement qu'en a déjà porté une fois, au nom d'une commission spéciale, M. Villeneuve. (Voyez le tome XXI des *Archives*, page 292.)

Pilules de Belloste. — Le ministre demande l'opinion de l'Académie sur les propriétés de ces pilules et sur le prix qu'il conviendrait de payer au propriétaire pour la cession de leur recette. Ces pilules furent inventées, en 1680, par Augustin Belloste, si l'on en croit les héritiers de ce chirurgien; et en 1758, un privilége de trente années fut accordé par Louis XV au fils de ce chirurgien. En 1781, ce privilége fut renouvellé pour trente autres années, sur l'approbation que donna à ces pilules la Société Royale de Médecine. Cette compagnie déclara que ces pilules différaient des pilules mercurielles du Codex et de celles des élémens de la pharmacie de Baumé, et qu'elles contenaient des correctifs qui en rendaient les effets plus doux, plus certains et plus uniformes. Le 18 août 1810, fut promulgué le décret qui interdit tout remède secret, et qui chargea une Commission médicale de déterminer les remèdes dont il convenait que le gouvernement fit l'acquisition : cette Commission reconnut aux pilules de Belloste les avantages qu'avait signalés en elles la Société Royale de Médecine; mais elle pensa que deux priviléges, de trente ans chaque, accordés successivement à la famille Belloste, avaient procuré des bénéfices suffisans à cette famille, et qu'il n'y avait pas lieu à lui accorder d'indemnité pour la cession de son remède. Une Commission, dite de révision, modifia cette dernière conclusion, et proposa en indemnité à la veuve Belloste la permission, sa vie durant, de vendre son remède concurremment avec les pharmaciens. et le don d'une somme de 24,000 francs. En 1813, la Faculté de médecine fut encore consultée sur ce sujet; elle réduisit l'indemnité à 12,000 fr.; mais les événemens politiques de cette année et de la suivante suspendirent toute cette affaire. Aujourd'hui, l'Académie en est de nouveau saisie, et sa commission des remèdes secrets remarque d'abord que les pilules de Belloste ne sont qu'une modification d'autres pilules déjà connues et usitées avant ce chirurgien. Elle cite en preuve des formules publiées en 1537, 1615, 1626 et 1632, qui prouvent qu'avant 1680, date de l'invention d'Augustin Belloste, on avait associé le mercure et les purgatifs, et même que dans cette association Belloste n'a employé que les purgatifs usités avant lui; il n'y a que des variations de dose et la substitution d'un aromate à plusieurs. La Commission apporte en exemples : 1.° les pilules de *Barberousse*, dans l'*Enchiridion de medendis corporis affectibus*, de Pierre Bayrus, 1537, dont voici la recette : mercure, 25 gros; rhubarbe, 10 gros; scammonée, 3 gros; farine de froment, 2 gros; musc et ambre, de

chaque, 1 gros; faites une masse avec suc de limon, et faites des pilules de la grosseur d'un pois. 2.° Des pilules mercurielles simples et purgatives, formulées ainsi dans le *thesaurus pharmaceuticus d'Arnold de Weikard*, 1626; aloës succotrin, 8 gros; rhubarbe ou agaric, 2 gros; mastic, 1 gros; mercure éteint dans le sirop de roses solutif, 3 gros; ambre gris, 4 grains; musc, 3 grains; huile de camomille, 2 grains. 3.° Enfin, d'autres pilules analogues formulées dans l'*antidotaire* de Jean de Renou; édition latine, 1615, et édition française, 1632: mercure éteint en suc de limon et nourri ensuite de suc de sauge, 6 gros; aloës succotrin, 5 gros; rhubarbe, 3 gros; diagrède, 2 gros; arsénic blanc, 1 gros; storax calamite, canelle, macis, santal citrin, salseparcille, sassafras, musc, de chaque, 1/2 gros; miel despumé en décoction de gayae et cuit en consistance, quantité suffisante. La Commission remarque ensuite que trois priviléges successifs, embrassant une période de soixante-douze ans, accordés à la famille Belloste, l'ont récompensée, et bien au-delà, de l'invention des pilules qui portent son nom. Cependant, comme sur la foi des approbations successives données par les académies et les médecins, les héritiers Belloste ont pu regarder leur remède comme une propriété, et par respect pour tout ce qui est propriété, la Commission propose qu'il soit accordé une pension viagère de 600 francs au dernier et unique héritier de la famille Belloste pour la cession de son remède, dont la formule sera aussitôt rendue publique. Adopté.

Révulsifs externes dans le traitement de la pneumonie et de la bronchite. — *Mémoire lu par M. Dubourg, médecin à Paris.* — Dans ce mémoire, M. Dubourg vante les bons effets des révulsifs externes, et particulièrement des ventouses scarifiées et des vésicatoires appliqués sur les parois du thorax, dans les pneumonies et les bronchites. Selon ce médecin, les saignées générales ne réussissent pas, le plus souvent, à arrêter seuls ces maladies: sur la foi de nombreuses observations qu'il a recueillies à l'hôpital de la Pitié en 1826, dans le service de M. Serres, et dont douze sont rapportées avec détails dans son mémoire, voici comme il fixe le traitement de la pneumonie et de la bronchite chez des sujets jeunes et vigoureux. 1.° Pour la *pneumonie*, au début, saignée copieuse du bras et cataplasmes émolliens sur la partie mate du thorax; répéter la saignée, si le râle crépitant, la matité, la dyspnée, les crachats sanguinolens, persistent; préférer, au contraire, à cette seconde saignée des sangsues sur le point douloureux, si ces symptômes ont diminué; recourir aux ventouses scarifiées, quand la cessation du râle crépitant et des crachats sanguinolens, jointe à l'augmentation de la dyspnée et de la matité, prouve que la maladie passe au second degré; répéter plusieurs fois cette application de ventouses scarifiées; et, enfin, termi-

ner par l'application de vésicatoires, renouvelée aussi autant que cela sera nécessaire. 2.° Pour la *bronchite*, de même au début, saignée du bras; puis sangsues et ventouses scarifiées sur les côtés du thorax; et, enfin, vésicatoires.

Rétrécissemens de l'urètre, porte-caustique. — M. Ségalas présente un nouveau porte-caustique de son invention, disposé de manière à appliquer avec précision le nitrate d'argent sur les rétrécissemens les plus profonds de l'urètre, et à agir à la fois sur plusieurs côtés du canal, et même circulairement. Le porte-caustique, dit de Ducamp, opère bien dans la partie droite de l'urètre; mais dans la partie courbe de ce canal, il expose à faire de fausses routes, parce qu'il fait pénétrer souvent avec peine le caustique dans les rétrécissemens, et que ce caustique peut alors agir sur les parties du canal qui sont au-devant d'eux. D'ailleurs, quand on tourne la tige centrale qui porte le caustique, afin d'appliquer celui-ci sur tous les côtés de l'urètre, cette tige éprouve une torsion pareille, et on ne peut être certain de ce qu'on fait. Le porte-caustique, dit de Lallemand, est préférable au précédent, en ce qu'il peut atteindre à tous les points de l'urètre, et ne laisse agir le caustique que lorsque celui-ci est engagé dans le rétrécissement; mais rien en lui n'avertit que le caustique est précisément sur l'obstacle à détruire, et conséquemment il expose à brûler en deçà et en delà du rétrécissement : d'ailleurs, il est nécessaire de l'introduire autant de fois qu'il faut cautériser de côtés divers du canal. Dans son Traité des *rétentions d'urine*, M. Ségalas a décrit, sous le nom de *porte-caustique modifié*, un instrument de son invention qui a l'avantage d'introduire le caustique à toutes profondeurs et de le faire agir avec précision sur l'obstacle à détruire; mais il faut aussi l'introduire autant de fois qu'il y a de côtés sur lesquels on veut opérer. C'est pour éviter cet inconvénient que M. Ségalas a imaginé le porte-caustique nouveau qu'il présente aujourd'hui à l'Académie; la tige inflexible qui, dans le précédent, portait le nitrate d'argent, a été remplacée dans celui-ci par une chaîne métallique analogue à celle que M. Pravaz a placée dans son lithotriteur courbe, et on peut ainsi, en une seule application, cautériser plusieurs côtés, et même tout le contour circulaire de l'urètre. — M. Emery rappelle un appareil qu'il a souvent employé avec Béclard; cet appareil consistait en une canule de gomme élastique qu'on engageait dans l'urètre jusqu'au rétrécissement, et en une tige intérieure à cette canule, et qui servait à porter le caustique à la profondeur et dans le sens que l'on désirait. — M. Ségalas objecte que ce n'est là que le porte-caustique de Ducamp, sujet à tous les inconvéniens qu'il a signalés.

Syphilis congéniale communiquée. — M. Bard présente deux enfans

affectés de pustules vénériennes. L'un est une fille de sept mois, née à Paris de parens qu'il ne connaît pas, et qui fut mise à un mois en nourrice, chez une femme du Gâtinais, bien portante et mère de plusieurs enfans, dont l'un à la mamelle, également bien portant. L'autre enfant est celui de cette nourrice. Au bout de quelques semaines de nourriture, des pustules varioliques survinrent chez l'enfant de Paris, autour des parties génitales de l'anus, et sur les fesses. Bientôt la nourrice fut atteinte de semblables pustules au mamelon du sein gauche et aux parties génitales. Son enfant en présenta ensuite de nombreuses et de volumineuses au scrotum, à la verge et au voisinage des parties génitales. Enfin, une fille de la nourrice, âgée de 22 ans, vierge, eut bientôt aussi des ulcérations à la bouche, puis de semblables pustules à la vulve. M. Bard pense que l'enfant de Paris avait une syphilis congéniale qu'il a transmis à sa nourrice, à son frère de lait, et enfin à la fille de 22 ans qui concourait avec la nourrice à lui donner des soins, et qui, par exemple, mettait souvent dans sa bouche la cuiller avec laquelle il prenait ses alimens.

Séance du 16 *mars*. — MIGRAINE. — M. Mérat annonce qu'il a essayé quatre fois, et avec succès, le remède de M. Ricord contre la migraine, c'est-à-dire, l'acétate de morphine par quart de grain dans de l'eau sucrée froide. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, p. 268 et 269). Toujours l'accès a été dissipé cinq quarts d'heure après l'emploi du médicament. — M. Itard dit avoir fait le même essai deux fois, mais envain : il avait porté la dose à un grain et demi. — M. Mérat croit que l'insuccès vient de ce que la dose a été trop forte.

TYPHUS CONTAGIEUX A ANGLEFORT, DÉPARTEMENT DE L'AIN. — Tel est le nom que M. Sivort, médecin des épidémies de l'arrondissement de Belley, donne à une maladie épidémique qui a désolé Anglefort, et sur laquelle le sous-préfet de Belley lui a demandé des rapports. Les symptômes ont été : céphalalgie violente, souvent avec délire dès le début; langue rouge, sèche, bientôt brune et tremblante; enduit fuligineux des dents et des gencives; soif ardente, colique, puis diarrhée; prostration des forces, évacuations alvines involontaires, noirâtres, très-fétides; météorisme du ventre, soubresauts des tendons, etc. — M. Sivort dit que le mal a été importé dans la commune, et avait un caractère contagieux. Aussi, d'après son conseil, l'autorité établit un lazareth temporaire dans l'ancien château d'Anglefort, situé sur un lieu élevé et isolé des habitations; les malades y furent successivement transportés. Des secours furent en même temps donnés aux habitans qui la plupart étaient plongés dans la plus profonde misère. M. Gérardin, rapporteur de la commission de l'Académie, tout en donnant des éloges à la conduite de M. Sivort, regrette de

n'avoir trouvé aucunes observations particulières, aucuns détails sur le traitement qui a été suivi, et aucuns récits d'ouverture de cadavres, dans les mémoires de ce médecin, ce qui empêche l'Académie de porter aucun jugement sur la nature et le siége de la maladie.

Nouveaux élastiques de caoutchouc. — M. Thillaye, au nom d'une commission, fait un rapport sur les nouveaux élastiques présentés le mois dernier à l'Académie, par M. Thibout de la Fresnaye. (*Voyez* le tome présent des *Archives*, page 268.) Ces élastiques ont, suivant la commission, sur les spirales métalliques, le triple avantage d'être plus légers, moins altérables, et plus extensibles. Cependant ils laissent encore à désirer sous ce dernier rapport, car ils sont lents à se rétablir spontanément dans leur premier état quand ils ont été distendus. La commission toutefois les juge devoir être très-utiles.

Maladie de l'estomac prise pour une maladie du foie; *observation de M. le docteur Olombel, rapport de M. Londe.* — Un individu sujet dans sa jeunesse à des hémorrhagies nasales, et dans l'âge adulte à des coliques, rend, il y a vingt-cinq ans, à la suite d'une potion huileuse, un corps dur, gros comme une petite noix, et qui est jugé être un calcul biliaire. Deux ans après, il éprouve des coliques d'estomac, des douleurs dans l'hypochondre droit, qu'on attribue à l'existence de nouveaux calculs biliaires; cependant il n'y a pas d'ictère, et il n'existe nuls signes extérieurs d'affection du foie. On recourt, mais en vain, aux huileux, à l'éther, au lithontriptique de Duraude, etc.; les douleurs deviennent fixes dans la région hépatique, des vomissemens noirâtres les accompagnent; le malade n'éprouve quelque bien qu'en allant habiter la campagne. Mais frappé par un chagrin domestique, il meurt peu après une défaillance. — *Nécropsie.* Le foie et ses annexes sont sains. La rate, plus petite qu'à l'ordinaire, est phlogosée à sa surface, de couleur livide, de consistance flasque, et comme en putréfaction; on en exprime un sang couleur lie-de-vin. Un semblable liquide remplit l'estomac; la membrane interne de ce viscère est phlogosée, et du côté de la rate offre un état de ramollissement ou plutôt de putrilage; enfin son orifice pylorique et la valvule de ce nom offrent une consistance cartilagineuse et un rétrécissement. Selon le rapporteur, la maladie du pylore était primitive, et celle de la rate secondaire; et l'une et l'autre suffisent pour expliquer tous les symptômes qui avaient fait croire à une maladie du foie, douleurs à la région hépatique, vomissemens, etc.

Restauration du visage. — M. Roux présente un garçon de 15 ans chez lequel une maladie a détruit la lèvre supérieure dans sa moitié gauche, l'aile gauche du nez et toute la joue gauche, de sorte que l'intérieur du nez, de la bouche et la langue sont à découvert de ce

côté. Il se propose, par une série d'opérations, de restaurer toutes ces parties, comme il y est déjà parvenu chez une jeune fille qui avait une mutilation toute semblable. Chez cette jeune fille, il a d'abord emprunté à la lèvre inférieure un lambeau pour faire la lèvre supérieure et rétablir l'ouverture de la bouche; ensuite il a de nouveau détaché ce lambeau de la lèvre supérieure, et l'a porté plus haut pour faire l'aile gauche du nez et la partie la plus élevée de la joue : enfin, en sept opérations, qui ont pris l'espace d'un an, il a réparé en entier l'effroyable mutilation que présentait la malade. M. Roux a déjà fait sur le garçon qu'il soumet en ce moment à l'examen de l'Académie, la première opération, c'est-à-dire, celle qui a consisté à prendre un lambeau à la lèvre inférieure pour refaire la lèvre supérieure, et former le contour de la bouche.

Mouvemens du cœur et bruits qu'ils font entendre par l'auscultation. — M. Pigeaux lit un mémoire intitulé : *Observations physiologico-pathologiques sur les mouvemens du cœur et sur les bruits qu'ils font entendre par l'auscultation.* — Dans ce mémoire, M. Pigeaux avance, 1.° que les bruits perçus pendant les mouvemens du cœur ne sont point produits par la contraction des cavités de cet organe, mais par l'impulsion du sang qui vient heurter leurs parois; 2.° qu'un bruit clair répond à la contraction des ventricules, et un bruit sourd à celle des oreillettes; 3.° que le choc de la pointe du cœur contre le thorax alterne avec les battemens du pouls, loin de leur être isochrônes; 4.° que la dilatation de l'oreillette ne se manifeste que parce qu'on n'observe pas de son pendant qu'elle s'opère; 5.° que le repos signalé après la contraction des oreillettes doit être placé après celle des ventricules, et que ce repos lui-même n'est que l'expression de la différence de temps que mettent les oreillettes à se remplir et les ventricules à se vider; 6.° enfin, que plus les ventricules mettent de temps à se remplir, plus ils mettent de temps à réagir, et plus, par conséquent, le défaut d'isochronisme entre le pouls et la percussion de la pointe du cœur devient sensible.

Séance du 23 mars. — Moyen contre les pollutions nocturnes. — M. Itard, au nom d'une commission, lit un rapport sur un instrument appelé *erecto-mètre*, inventé par M. Debervillet, médecin à Paris, non dans le but de mesurer l'érection, mais de faire servir ce phénomène à prévenir les pollutions nocturnes involontaires. Cet instrument est comparé, par le rapporteur, à une sorte de fusil de bois, dont la culasse est creusée en étui pour recevoir le pénis, et dont le canon contient un cordon dont un des bouts est attaché à l'étui qui enveloppe la verge, et dont l'autre répond à un poids de quelques livres qui est posé sur le chevet du lit, mais qu'il pourra faire pendre au col ou à la main du malade. Quand l'érection sur-

vient, elle fait cheminer l'étui qui enveloppe la verge; cet étui tire le cordon, et celui-ci fait tomber le poids, qui, suspendu alors au col ou à la main du malade, le réveille. M. Itard reproche à cet instrument : 1.° d'être très-facile à se déranger dans les mouvemens involontaires qui se produisent dans le sommeil, ce qui fera tomber le poids destiné à réveiller le malade; 2.° d'agir, sans qu'il en résulte certainement le réveil du malade; de sorte que réveillé dans le premier cas mal-à-propos, on ne le sera pas dans celui-ci quand cela serait nécessaire; 3.° de titiller par l'étui qui embrasse le pénis, et d'aller ainsi contre le but qu'on se propose; 4.° de ne pouvoir rien contre l'espèce de pollution qui est la plus commune et la plus fâcheuse, celle qui tient à l'atonie de l'organe génital; 5.° enfin, d'être bien au-dessous des autres moyens conseillés par l'art contre les pollutions actives, telles que la ligature de la verge selon la méthode de Stoll, la constriction de l'urètre par une pince, la compression méthodique de tout le pénis, etc. Sa conclusion est donc que cet instrument ne peut être d'aucune utilité.

Inflammations internes et fièvres. — M. Surun, médecin militaire à Tours, lit un mémoire intitulé : *De la généralisation appliquée aux inflammations internes comme aux fièvres*. Selon M. Surun, la vitalité des organes intérieurs est toute différente de celle des organes externes : ceux-ci, pour agir comme pour être malades, ont besoin d'excitations physiques persistantes; les organes internes, au contraire, entrent d'eux-mêmes en jeu, soit en santé, soit en maladie, et ont, selon le langage de l'auteur, *la spontanéité d'action et d'affection*. Il n'existe nulle harmonie d'action et d'affection entre les organes externes; ce qui fait que les maladies de ces organes sont toujours locales et aussi circonscrites que possible : les organes internes au contraire, sont toujours simultanément en exercice, et le plus souvent agissent d'une manière continue; d'où il résulte qu'ils ne peuvent être malades isolément les uns des autres. Enfin, les maladies des organes externes ne peuvent exister sans lésions matérielles; celles des organes internes au contraire peuvent exister sans cause matérielle entretenante; quand il y existe des lésions matérielles, celles-ci ne sont que des effets secondaires, et l'anatomie pathologique moderne a eu le tort d'attacher trop d'importance à ces lésions. M. Surun du reste professe aussi que toutes les maladies consistent en une exaltation insolite de la vitalité, et il termine son mémoire par les conclusions suivantes : 1.° que les inflammations internes sont, comme les fièvres, des maladies générales; 2.° que ces deux classes d'affections peuvent exister sans causes locales, sans altération matérielle des tissus; 3.° que ces altérations, lorsqu'elles existent, ne sont que des effets secondaires, et non la cause

entretenante de la maladie; 4.° que cette cause est toute vitale, et consiste dans une exaltation insolite et spontanée de la vitalité intérieure; 5.° enfin, que loin que les fièvres soient des inflammations internes, ce sont les inflammations internes qui sont des fièvres.

Académie royale des Sciences.

Séance du 15 *février*. — Vaccin. — M. le docteur Bertrand écrit à l'Académie au sujet de la communication de M. le docteur Robert, de Marseille, dans laquelle ce dernier a présenté comme nouvelle l'opinion que les virus variolique et vaccin sont de même nature. M. Bertrand prouve qu'il a, long-temps avant M. Robert, énoncé cette opinion, et qu'il l'a appuyée sur des raisons qui semblent suffisamment concluantes. Il a traité en particulier cette question dans le journal *le Globe*, 1.er avril 1829, et il adresse le numéro où se trouve cet article. Il termine en disant que si son opinion reçoit un plus haut degré de certitude des expériences de M. Robert, on doit au moins la considérer, en raison des motifs sur lesquels il l'a basée, comme ayant pu mettre sur la voie des essais à faire, et ayant dû en faire prévoir le résultat. Du reste, cette réclamation n'est relative qu'à la question de priorité; l'auteur ne prétend nullement se mettre sur les rangs pour le prix Montbyon.

— M. Latreille est nommé à la chaire de zoologie laissée vacante au muséum d'histoire naturelle, par la mort de M. de Lamarck.

Séance du 22 *février*. — Unité de composition et de plan dans les animaux. — M. Cuvier lit un mémoire intitulé : *Considérations sur les mollusques, et en particulier sur les céphalopodes*. Les mollusques en général, mais plus particulièrement les céphalopodes, ont une organisation plus riche et où l'on trouve plus de viscères analogues à ceux des classes supérieures que dans les autres animaux sans vertèbres, ce qui est prouvé par les observations de Rédi, Swammerdam, Monro, Scarpa, et surtout par celles de M. Cuvier lui-même; aussi ce dernier ne balança-t-il pas à établir, il y a déjà trente-cinq ans, que des animaux aussi richement pourvus d'organes ne pouvaient pas rester confondus, comme ils l'étaient alors, avec les polypes et autres zoophytes; mais qu'ils devaient être reportés à un plus haut degré de l'échelle, idée qui, aujourd'hui, est, au fond, adoptée par tous les naturalistes. « Cependant, en faisant voir que cette organisation approche, pour l'abondance et la diversité des parties, de celle des vertébrés, je me suis bien gardé, dit M. Cuvier, d'avancer que cette organisation fût composée de la même manière, ni

arrangée sur le même plan ; mais, au contraire, j'ai soutenu que le plan qui, jusqu'à un certain point, est commun aux vertébrés, ne se continue pas chez les mollusques : quant à la composition, je n'ai jamais admis qu'on pût raisonnablement là dire *une* dans une seule classe, à plus forte raison dans des classes différentes. » M. Cuvier annonce qu'il se voit obligé aujourd'hui de soutenir ces idées, à cause de l'allusion qu'y a faite dernièrement M. Geoffroy Saint-Hilaire, à l'occasion d'un mémoire de MM. Laurencet et Meyranx relatif à l'organisation des mollusques. Ces deux observateurs, examinant les rapports qu'ont entre eux les viscères dans les céphalopodes, ont cru qu'on y retrouverait peut-être un arrangement semblable à celui qu'on leur connaît dans les vertébrés, *si on se représentait le céphalopode comme un vertébré dont le tronc serait rejeté en arrière à la hauteur du nombril, de manière que le bassin revienne sur la nuque.* M. Geoffroy, saisissant cette vue nouvelle, l'a annoncée comme réfutant complètement tout ce que M. Cuvier avait dit sur la distance qui sépare les mollusques des vertébrés, et allant même plus loin que les auteurs du mémoire, il a avancé que la zoologie n'avait eu, jusqu'à présent, aucune base solide, et que la seule qu'on dût lui donner était le principe qu'il appelle *unité de composition*, principe dont, selon lui, on peut faire une application universelle. M. Cuvier se propose, dans ce mémoire, d'examiner la question relativement aux mollusques, et il annonce qu'il la traitera relativement aux autres animaux dans une suite de mémoires. Après avoir commencé par rappeler les principes d'après lesquels doit être guidée toute discussion scientifique, pour ne pas tomber dans le vague, et après avoir insisté surtout sur la nécessité de bien définir les termes et de ne jamais leur prêter, dans le cours de la discussion, un sens différent de celui qu'on leur avait d'abord donné, il définit d'abord ces mots, *unité de composition et unité de plan*, et prouve que, pour les naturalistes, unité ne signifie pas identité, mais seulement ressemblance, analogie.

Ces termes une fois définis et fixés d'une manière précise quant au sens qu'on doit y attacher, on arrive à un résultat directement contraire à ce qui a été mis en avant ; c'est que, loin de fournir des bases nouvelles à la zoologie, des bases inconnues à tous les hommes plus ou moins habiles qui l'ont cultivée jusqu'à présent, ces principes, restreints dans des limites convenables, offrent, au contraire, une des bases sur lesquelles la zoologie repose depuis son principe, une des principales sur lesquelles Aristote, son créateur, l'a placée, base que tous les zoologistes dignes de ce nom ont cherché à élargir, et que tous les efforts de l'anatomie ont contribué à rendre plus stable. Ainsi, chaque jour, on peut découvrir dans un animal une partie

que l'on n'y connaissait point, et qui fait saisir quelque analogie de plus entre cet animal et ceux des genres ou des classes différens. Mais les travaux auxquels on se livre à cet effet, tout en agrandissant les bases de la zoologie, ne la feront point sortir de celle sur laquelle elle repose maintenant. En effet, entre la découverte de quelques analogies de plus dans certains animaux, et la démonstration de l'assertion générale que la composition de tous les animaux est une, il y a autant de différence qu'entre l'homme et la monade.

Si, par *unité de composition*, on entend *identité*, on dit une chose contraire au plus simple témoignage des sens : si par là on entend *ressemblance*, *analogie*, on dit une chose vraie dans de certaines limites, mais aussi vieille dans son principe que la zoologie elle même. Tout en réclamant ce principe comme ancien et connu, M. Cuvier est loin de le regarder, ainsi que le font les naturalistes qu'il combat, comme un principe unique : au contraire, il le considère comme subordonné à un autre bien plus élevé, bien plus fécond, à celui des conditions d'existence de la convenance des parties, de leur coordination pour le rôle que l'animal doit jouer dans la nature. « Voilà, ajoute-t-il, le vrai principe philosophique d'où découlent les possibilités de certaines ressemblances, l'impossibilité de certaines autres; voilà le principe rationnel d'où celui des analogies de plan et de composition se déduit, et dans lequel, en même temps, il trouve ces limites que l'on veut méconnaître. Le principe d'unité, entendu dans le sens d'analogie, de ressemblance dans la composition et la distribution des organes, est donc convenu et posé depuis Aristote, auquel on doit les premières notions de l'anatomie comparée, science qui a pour objet d'examiner jusqu'à quel point s'étend cette ressemblance, et de rechercher s'il y a des êtres chez lesquels elle se réduise à si peu de chose qu'on puisse dire qu'elle finit tout-à-fait.

La seconde partie du mémoire de M. Cuvier est entièrement consacrée à la comparaison de l'organisation du céphalopode avec celle de l'animal vertébré.

Séance du 1.er mars. — Théorie des analogues. — M. Geoffroy Saint-Hilaire lit un très-long mémoire, intitulé : *Des caractères de l'unité de composition*, dans lequel il se propose de réfuter la première partie du mémoire lu par M. Cuvier dans la dernière séance. Il cherche à démontrer que l'acception des termes *unité de composition* a été mal comprise; que la doctrine qu'elle représente tire son origine d'Aristote, mais qu'elle s'appuie aujourd'hui sur une méthode nouvelle, méthode qui a corrigé, renouvelé et précisé les anciennes idées sur l'analogie d'organisation, qui a substitué à *l'inscience* des opinions régnantes une marche éclairée et certaine, et qui, seule, enfin, est capable d'une sévère détermination des par-

ties constituantes des organes. M. Geoffroy, en se résumant, indique, dans les six propositions suivantes, les caractères propres à sa doctrine, et fait voir en même temps par une application la différence dans la manière de procéder des deux méthodes.

1.° La théorie des analogues n'est point une répétition déguisée des anciennes idées sur les analogies de l'organisation, car elle s'interdit les considérations de la forme et des fonctions; considérations sur lesquelles reposent principalement les rapports établis dans la doctrine aristotélique;

2.° Elle n'est pas non plus un élargissement de l'ancienne base de la zoologie, puisqu'elle emploie moins que la doctrine grecque et s'en tient à un seul élément de considération;

3.° Elle reconnaît d'autres principes; car pour elle ce ne sont pas les organes qui, en leur totalité, sont analogues (ce qui a lieu toutefois dans les animaux presque semblables); mais les matériaux dont les organes sont composés. Ce point est fondamental dans la doctrine : qui dit organe, dit une partie du corps servant aux opérations et aux sensations de l'animal. Un même organe diffère d'un animal à l'autre, ou par un changement de volume respectif, ou par l'addition de nouvelles parties. Les considérations de volume n'intéressent en rien les considérations des choses; la doctrine de l'unité de composition ne s'attache qu'à l'addition des parties. L'hyoïde de l'homme, par exemple, est composé de cinq osselets, celui du chat de neuf; on a donné le même nom à l'un et à l'autre, et cela avec raison, puisqu'ils remplissent l'un et l'autre un même usage. Sont-ils analogues? La doctrine aristotélique, d'après cette première concordance, d'après le motif de leurs fonctions, répond affirmativement; mais la théorie des analogues se refuse à cette conséquence. Il y a plus de parties dans un des hyoïdes, moins dans l'autre. Elle n'aura satisfait à son essence d'investigation, et ne prononcera avec sûreté, que lorsqu'elle aura retrouvé les quatre osselets absens dans l'hyoïde humain. Ainsi, pour les sectateurs de la philosophie aristotélique, c'est assez que la fonction soit reconnue, et tout l'appareil, soit avec cinq, soit avec neuf osselets, est pris pour un organe analogue. La théorie nouvelle, au contraire, cherchera dans les neuf pièces quels sont les analogues des os de l'hyoïde réduit à cinq, car elle fait porter les analogies sur les matériaux seulement;

4.° Son but précis est autre, et elle exige une rigueur mathématique dans la détermination de chaque sorte de matériaux à part;

5.° Elle devient un instrument de découvertes. Pour le démontrer, elle s'enquerra des quatre osselets qui, absens dans l'hyoïde de l'homme, privent cet appareil d'être à son grand complet. Elle les cherchera tout près, mais en dehors de l'organe réduit : et, si elle

veut les retrouver sans recherches difficiles, elle aura recours à un autre principe qui lui est propre, qui lui sert de guide, celui des *connexions*, sorte de fil d'Ariane qui retient dans la vraie route et mène nécessairement à une fin heureuse. Ainsi, l'hyoïde des mammifères, arrivé au maximum de composition, est formé de neuf pièces disposées en deux chaînes croisées, l'une, longitudinale, établie entre la langue et le larynx, est formée de trois pièces; l'autre, transversale, est composée de six pièces, trois à droite, et trois à gauche. C'est à cet hyoïde au grand complet, que l'on compare ce qui en reste chez l'homme. Ce sont identiquement matériaux pour matériaux, A. les trois os interposés entre la langue et le larynx, savoir : les grandes cornes et l'arc médian, ou principal corps, parties distinctes nommées *glosso-hyaux* et *basi-hyal*; B. les deux petites cornes ou les *apohyaux*, selon la même nomenclature. (M. Geoffroy explique ici comment les parties absentes de l'hyoïde humain se retrouvent dans des appendices placés suivant la direction tracée par l'analogie, appendices nommés par lui *cératohyaux* et *stylhyaux*, qu'une disposition organique propre à l'homme a déplacés du siége qu'ils occupent chez d'autres animaux. L'anatomie humaine avait déjà aperçu et décrit ces matériaux sous le nom d'*apophyses styloïdes*, mais ne les avait notés que pour leur forme, sans en désigner aucunement les rapports zoologiques).

6.° Enfin, elle n'entend et ne peut s'occuper que d'un seul ordre de faits; elle est exclusive dans la poursuite de son sujet; elle s'en tient à être anatomique. Elle s'attache, dans chaque cas, à un élément dont elle s'efforce de déterminer la valeur, le suit dans ses métamorphoses, et l'amène, après comparaison dans tous les êtres, à l'unité philosophique, c'est-à-dire à tout ce qu'il est possible de savoir concernant son essence, sans mélange d'aucune considération accessoire. M. Cuvier prend la parole, et dit que tout ce qu'a exposé M. Geoffroy ne forme pas la réfutation des principes qu'il a avancés au sujet de l'organisation des céphalopodes comparée à celle des vertébrés. Jusqu'alors il ne pense pas qu'il lui soit utile de faire de nouvelles objections.

Dans cette même séance, M. de Blainville a été nommé à la seconde chaire, celle des mollusques, formée par la division en deux de la place laissée vacante au Jardin du Roi par la mort de M. de Lamarck.

M. Dalton, l'un des chimistes anglais les plus distingués de l'époque actuelle, a aussi été nommé associé étranger, en remplacement de M. Davy.

Séance du 8 *mars*. — Morphine et acétate de morphine. — M. Sérullas lit une note *sur l'action mutuelle de l'acide iodique et de la morphine ou de l'acétate de cette base*. Si l'on met en contact de l'acide

iodique en dissolution avec un seul grain de morphine ou d'acétate de cette base aussi dissous, la liqueur se colore fortement, et il s'exhale une odeur très-vive d'iode. La centième partie d'un grain suffit pour produire cet effet d'une manière encore sensible; l'action est très-prompte et à la température ordinaire. La quinine, la cinchonine, la vératrine, la picrotoxine, la narcotine, la strychnine, la brucine, soumises aux mêmes épreuves, n'agissent aucunement sur l'acide iodique, tandis que la plus petite quantité de morphine ou de son acétate qu'on ajoute à ces substances, devient évidente par les changemens qu'on a indiqués, c'est-à-dire couleur et odeur caractéristiques de l'iode. « Aujourd'hui, en médecine légale, tout le monde est d'accord que les indications données par les réactifs ne sont pas suffisantes pour prononcer sur l'existence de tel ou tel corps, sauf le petit nombre de cas où ces indications résultent de composés bien caractérisés. Toutefois, les réactifs sont des moyens auxiliaires plus ou moins importans, qu'on doit toujours recueillir afin d'en tirer des lumières qui peuvent mettre sur la voie de recherches plus positives. Je signale donc, dit M. Sérullas, l'acide iodique et les iodates acides de potasse, comme un réactif extrêmement sensible pour déceler la présence de la morphine et de son acétate, non-seulement isolément, mais encore en mélange avec les autres alcalis végétaux, attendu que ceux-ci sont sans action sur l'acide iodique. »

Causes du mouvement dans les corps organiques. — M. le docteur Al. Lembert achève la lecture de son mémoire sur les causes du mouvement chez les animaux. Dans cette seconde partie de son travail, il examine les phénomènes d'attraction qu'exercent les unes sur les autres les masses nerveuses.

I.re *Expérience.* — Après avoir enlevé, sur une grenouille vivante, les viscères qui recouvrent la région prédorsale du rachis, et avoir mis à découvert la face antérieure de la moelle, il la coupa en travers; ensuite, l'animal étant maintenu la tête en bas, il renversa le tronçon cépbalique du cordon médullaire, de manière que la surface de section regardait le sol. Ce cordon, ainsi pendant, s'est graduellement relevé contre les lois de la pesanteur, et est revenu se placer dans le canal rachidien. Les excitations faites sur le bout pendant avec la pointe d'une épingle, ont accéléré ce replacement, quoique l'auteur eût bien soin de ne pas favoriser le redressement de la moelle qu'au contraire il poussait plutôt en bas.

II.e *Expérience.* — Si on enlève rapidement du canal vertébral la moelle d'une grenouille vivante, et qu'après l'avoir placée sur un morceau de verre humide, on la coupe en travers et qu'on éloigne les deux bouts d'une ligne environ l'un de l'autre, on les voit alors se rapprocher brusquement et s'accoller l'un à l'autre par les sur-

faces de section, avec assez de force pour que, en suspendant le cordon ainsi rétabli par le bout le plus court, la séparation ne puisse s'opérer.

III.e *Expérience.*— L'expérimentateur enleva de la même manière, et sur un animal de même espèce, la moëlle rachidienne qu'il plaça sur un verre humide. Il l'incisa sur la ligne médiane et dans toute son épaisseur, de manière à former une sorte de boutonnière, dont les deux côtés furent écartés l'un de l'autre à une petite distance. Les choses ainsi disposées, il a observé que les deux moitiés du cordon médullaire se rapprochaient peu à peu l'une de l'autre, et cela avec une vitesse qui s'accroît en raison du rapprochement. La boutonnière se trouve ainsi complètement fermée, et la continuité du cordon nerveux rétablie; seulement on observe qu'il présente de légères ondulations qui tiennent à l'alongement qu'ont subi les fibres nerveuses. Les mêmes expériences répétées sur des animaux morts ne donnent plus les mêmes résultats, et M. Lembert a constaté que ces phénomènes s'affaiblissent à mesure que la vitalité diminue.

IV.e *Expérience.* — En disséquant le nerf crural sur une grenouille vivante, la veine correspondante fut ouverte par mégarde, et le sang qui s'en écoula forma un caillot linéaire sur le trajet du nerf découvert, qui n'était cependant pas placé dans la position la plus déclive. L'auteur attacha d'abord très-peu d'importance à ce phénomène; mais l'expérience suivante fixa sur ce point son attention. Il avait amputé la cuisse d'une grenouille vivante, près de l'articulation coxo-fémorale; il avait seulement épargné le nerf crural, qu'il disséqua sur le membre amputé dans une étendue de cinq à six lignes, après quoi il le divisa à son tour. L'animal était tenu verticalement; ainsi, le nerf était pendant et isolé à portée de la surface du moignon; il se raccourcit manifestement et présenta de légères ondulations. Désirant savoir ce qui résulterait de son irritation à l'aide d'un instrument piquant, il arriva que son extrémité se trouva rapprochée d'une portion de muscle qui fesait saillie à la surface du moignon. Ce nerf s'y élança tout-à-coup, et y resta accolé dans une grande partie de sa longueur. Pour s'assurer si ce fait n'était pas dû au hasard, M. Lembert sépara le nerf du muscle auquel il était adhérent, et le replaça à une distance de deux lignes, et le même phénomène se reproduisit constamment tant que le nerf conserva sa vitalité, qu'il perdit toutefois assez promptement à cause de l'hémorrhagie qui se fesait à la surface de la plaie et de l'isolement du cordon nerveux dans l'atmosphère. La durée plus ou moins grande de cette vitalité varie suivant les individus, suivant diverses circonstances extérieures. Ce sont ces variations qui ont empêché l'auteur de mesurer exactement cette force attractive sous le rapport de son intensité et de sa

durée. L'expérience répétée, en approchant du nerf un corps inorganique, ne donnait aucun résultat; mais des vaisseaux et des muscles vivans étaient attirés par le nerf avec une égale puissance; cette attraction était plus foible pour les os et les tissus fibreux.

Des trois premières expériences, M. Lembert croit pouvoir conclure que tout le système nerveux peut *se porter actif* dans le mouvement par un simple rapprochement de ses molécules; mais que toutes les parties du système cérébro-spinal ne possèdent pas cette puissance au même degré, et qu'elle est d'autant moindre que l'organe nerveux est plus élevé; il conclut aussi qu'il existe dans le système nerveux une force d'attraction homogène, c'est-à-dire que cette attraction est plus prononcée pour les molécules et masses de même nature qu'à l'égard de tout autre tissu. De la quatrième expérience et de ses développemens, il conclut que, si les parties nerveuses similaires sont douées d'une force d'attraction, cette force ne se montre pas moins entre les parties organiques hétérogènes, et qu'on reconnaît en elle, non-seulement les caractères d'une force d'affinité, mais encore ceux d'une force d'attraction de masse à masse. Enfin, il termine par des considérations d'un haut intérêt sur le mouvement considéré en lui-même, et de déductions en déductions, il arrive à regarder le phénomène du mouvement primitif et moléculaire, en faisant abstraction de ce qui a rapport à la sensibilité, comme n'étant qu'une modification de la loi générale qui régit tous les corps de la nature, c'est-à-dire l'attraction newtonienne.

L'ordre du jour amenant la nomination d'un membre pour la section de botanique, en remplacement de feu M. de Lamarck, on procède au scrutin, et M. Auguste Saint-Hilaire, ayant réuni 29 voix sur 56, est proclamé membre de l'Académie.

Séance du 15 *mars*. — MÉCANISME DU SAUT. — M. le docteur Gerdy lit un mémoire ayant pour titre : *Mécanisme des mouvemens des membres et du corps dans le phénomène du saut*. Ce mémoire est destiné à prouver que dans l'ouverture soudaine des articulations des membres et du corps, infléchis en sens inverse, 1.° les extrémités articulaires des os contigus et chacune des fractions des membres et du corps se meuvent à-la-fois comme un système composé de deux leviers appuyés l'un sur l'autre, et comme une poulie mobile ou la flèche lancée par la corde d'un arc; 2.° chacune des parties infléchies se redresse en tournant autour d'une ligne horizontale qui les traverse quelque part sur leur longueur; 3.° elles s'élèvent toutes, en outre, parce que les parties, en tournant, tendent à s'abaisser par leur extrémité inférieure, et que la résistance du sol s'y oppose immédiatement pour le pied, et médiatement pour toutes les parties placées au-dessus du pied. »

VARIÉTÉS.

Réclamation.

Sur un cas d'occlusion de l'orifice pulmonaire du cœur.

M. le docteur Rochoux nous adresse une réclamation dont la première partie est une réponse à la lettre de M. Toulmouche, que nous avons insérée page 156. M. Rochoux montre par le texte même de son rapport sur le mémoire de ce médecin, que les reproches qui lui sont adressés ne sont nullement fondés. Cette discussion provient d'une légère inexactitude que nous avons commise en analysant ce rapport, qui est un éloge presque sans restriction du mémoire de M. Toulmouche. Ce mémoire sera publié dans notre prochain Numéro.

La deuxième partie de la réclamation de M. Rochoux a trait à un fait curieux, devenu, suivant lui, méconnaissable par la manière dont il a été présenté à l'Académie. La voici.

« Sous le titre d'OCCLUSION DE L'ORIFICE PULMONAIRE DU COEUR, on lit (*Arch. gén.*, décembre 1829, p. 612), les détails anatomiques ci-après : «...... La cavité du ventricule droit est vide, et recevrait à peine la seconde phalange du pouce. Elle communique par un *canal étroit*, et long de huit lignes, avec l'artère pulmonaire. Celle-ci est fermée à son orifice par une *membrane* de tissu élastique, jaune, offrant à son centre une ouverture d'une ligne et demie de diamètre. » Les nombreuses inexactitudes renfermées dans cette description doivent être corrigées comme il suit : Le ventricule droit, notablement hypertrophié, n'offrait qu'une diminution de capacité assez ordinaire, et pour le voir se terminer en un *canal étroit*, un petit artifice, ou plutôt une méprise, devenait nécessaire. Il fallait, en s'écartant du centre de la cavité ventriculaire, introduire un stylet entre quelques tendons très-développés des valvules tricuspides, et le porter ainsi jusqu'à la membrane dont l'ouverture centrale formait la seule voie de communication entre le ventricule et l'artère pulmonaire. Quant à cette membrane, qui, par parenthèse, a reçu dans l'observation le titre de *produit morbide de nouvelle formation*, elle ne le méritait à aucun égard, puisqu'elle était tout simplement due à l'adhérence de la presque totalité des bords, ordinairement libres, des valvules sygmoïdes, réunis entre eux de manière à ne laisser qu'une ouverture centrale arrondie, de deux lignes au plus de diamètre.

» *Le vice de conformation* qui existait dans ce cas est assez rare. Sous ce rapport il peut être à propos de le signaler, et de le rapprocher des cas analogues observés ou cités par M. Bouillaud (*Traité des mal. du cœur*, p. 199, 200 et 201.) Mais il nous paraît surtout digne d'attention, envisagé comme conduisant à la connaissance du véritable mode de formation des valvules sigmoïdes. En effet, il porte à croire que ces espèces de soupapes forment originairement une cloison complète, un diaphragme qui d'abord interrompt toute communication entre les ventricules du cœur et leurs artères respectives, puis à une époque très-rapprochée de la première évolution du fœtus, et quand la circulation commence dans les gros troncs, se partage, se divise, de manière à former les trois valvules sigmoïdes de chacune des artères partant du cœur.

» Les valvules des veines se développent sans doute aussi par le même mécanisme, que je n'oserais pas admettre comme loi générale d'évolution, si beaucoup de faits ne venaient démontrer sa réalité. Ainsi l'iris, dans les premiers temps de la vie embryonaire, forme entre les deux chambres de l'œil une cloison qui, en se perforant à une époque déterminée, produit la pupille, et quelquefois aussi peut rester sans s'ouvrir. Les paupières, la bouche, l'anus, commencent également par être imperforés, et s'ouvrent ensuite d'une manière analogue. J'ai cru voir une nouvelle application de cette loi dans le fait présenté à l'Académie de Médecine sous un point de vue bien différent. Sans cela, il ne me serait jamais venu à l'esprit de me livrer à des remarques critiques où vous n'auriez pu trouver qu'une misérable chicane, si l'intérêt scientifique auquel elles se rattachent ne paraissait susceptible de leur prêter quelque valeur. »

ROCHOUX.

11 *Mars* 1830.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la péritonite puerpérale; par A. C. BAUDELOCQUE. *Paris*, 1830. *In*-8.° *Chez Gabon.*

Cet ouvrage, qui a valu à son auteur les suffrages honorables d'une société savante, a été composé dans le but de répondre à une question essentiellement pratique sur une des maladies les plus graves auxquelles soient exposées les nouvelles accouchées (1).

(1) « Décrire la péritonite puerpérale, et déterminer, par des faits

Pour en faire connaître tout le mérite, il nous suffira d'extraire quelques passages du rapport qui sanctionne la prééminence du travail de M. Baudelocque sur ceux de ses concurrens : « L'auteur, y est-il dit, a porté la lumière sur tous les points de la péritonite puerpérale qui étaient encore obscurs, ou sur lesquels les praticiens étaient le plus en dissidence..... Il a examiné avec une sévérité de jugement digne de tout éloge, tout ce qui a été dit sur les causes et la nature de cette maladie..... exposé fidèlement les symptômes, apprécié leur valeur propre, et établi, en homme habile, les caractères distinctifs des diverses affections avec lesquelles on peut les confondre.... Il a fait un examen scrupuleux de toutes les méthodes de traitement proposées contre la péritonite puerpérale, et pesé avec une sagacité qu'on ne peut assez louer les avantages et les inconvéniens de toutes, et l'occasion où chacune peut être utile..... On regrette néanmoins qu'il n'ait pas présenté un plus grand nombre de faits cliniques, et que dans tout ce qui concerne le traitement il s'attache beaucoup plus à apprécier la pratique des autres qu'il n'expose les résultats de sa propre expérience. »

Ces éloges nous ont paru en général bien mérités, et le reproche qui les termine eut peut-être été passé sous silence, s'il ne se fût agi d'une question qui devait être essentiellement vidée par les faits et l'expérience.

Mais entrons plus avant dans l'analyse de cet ouvrage, examinons-en quelques-uns des points qui nous ont paru fournir matière à contestation : que l'auteur regarde l'allaitement maternel comme un moyen douteux de diminuer ou de prévenir les chances de la péritonite puerpérale, et tout-à-fait insuffisant pour la faire avorter, si elle est tant soit peu intense, quelques médecins de nos jours pourront partager cet avis, sinon dans son entier, du moins en partie; mais qu'il avance que la lactation peut devenir une cause de péritonite, sans taxer cette opinion d'hérésie médicale, comme le redoute l'auteur, on demandera des faits en preuve de cette assertion. Ces faits sont au nombre de trois ou quatre; on y voit, à la vérité, que la mère éprouvait des coliques de bas-ventre chaque fois que l'enfant prenait le sein; mais dans un cas ces coliques ont cédé à la diète, la tisane, les lavemens émolliens; dans un autre elles ont cessé spontanément, quoique la mère ait continué à nourrir. Dans un troisième, emprunté au docteur Vandenzande, plusieurs symptômes de la péritonite puerpérale ont en effet succédé à ces dou-

---

» cliniques, les cas dans lesquels les diverses méthodes de traitement
» préconisées jusqu'à ce jour, trouvent leur application. »

leurs abdominales provoquées par la succion de l'enfant; mais on ne voit pas clairement qu'il y ait eu relation de cause à effet plutôt que coïncidence de phénomènes; le quatrième cas enfin est trop peu circonstancié pour être cité à l'appui de cette opinion.

Plus loin, l'auteur, accordant une influence moindre qu'on a pensé aux variations de la température, aux saisons, aux climats froids, comme cause de la même maladie, s'efforce de démontrer, par des résultats d'observations faites en divers lieux, diverses époques et diverses circonstances, que c'est surtout à la viciation de l'air par des miasmes dont il est chargé, qu'il faut attribuer les péritonites qui règnent quelquefois épidémiquement dans les hôpitaux. Il part de là pour établir deux variétés de cette affection, l'une sporadique ou de cause externe, l'autre épidémique ou de cause interne; dans laquelle la véritable maladie lui paraît être une altération des liquides, spécialement du sang, altération qui manifeste son existence principalement par l'inflammation des membranes séreuses. Dans la première, il a recours à un traitement essentiellement antiphlogistique; dans la seconde, il conseille les préparations mercurielles à haute dose, s'abstenant même d'évacuations sanguines préliminaires.

Ainsi deux états pathologiques fort différens se rencontrent dans une maladie qui porte le même nom, et fournissent des indications thérapeutiques fort différentes : dans un cas c'est l'inflammation péritonéale elle-même; dans l'autre, c'est la viciation des fluides convertie en quelque sorte en péritonite, qu'il s'agit de combattre.

Si d'une opinion qui demanderait à être étayée par des preuves directes et péremptoires, l'auteur n'en avait pas tiré des inductions capitales relatives au traitement, on pourrait ne voir en cela qu'un effet de la tendance des esprits de nos jours à revenir, tant bien que mal, à des idées humorales tombées dans l'oubli; mais lorsque ces opinions influent sur la pratique, on doit les examiner avec sévérité; or, sur ce point, nous n'avons trouvé dans l'ouvrage de M. Baudelocque que de simples conjectures et aucune preuve démonstrative. Les mercuriaux, qu'il conseille avec tant de confiance, sont encore de date toute récente dans le traitement de la péritonite; on y a presque toujours eu recours conjointement avec les émissions sanguines, et plus souvent dans la péritonite sporadique que dans celle qui est épidémique; les réussites ont été jusques à présent amplement balancées par des insuccès. Ne fallait-il pas d'autres conditions, et notamment une plus longue expérience de ce moyen, avant de se prononcer si exclusivement sur son emploi?

Mais hâtons-nous de finir le rôle de critique; l'ouvrage que nous annonçons contient de trop bonnes choses, pour qu'on ne lui pardonne pas quelques défauts. Si l'on n'y trouve rien de bien nouveau,

au moins n'y a-t-il aucune omission importante; l'auteur a su profiter des travaux de ses devanciers et de ses contemporains, non pour grossir son livre d'une fastueuse érudition, mais pour donner du poids à ses préceptes en alliant son expérience à celle de tous les temps. Présenter ainsi l'état de la science sur une maladie, n'est-ce pas se créer en quelque sorte un mérite de nouveauté?

Examen critique des prétendues preuves de contagion de la fièvre jaune observée en Espagne, ou Réponse aux allégations de M. Pariset contre le rapport fait à l'Académie royale de Médecine, le 15 mai 1827; par N. Chervin, *D. M., etc. Paris, juillet*, 1828. *In*-8.°, IV-224 *p. Chez Baillière, libraire.*

C'était en 1827. M. Pariset jouissait en paix avec ses collègues de la commission de Barcelone, de la gloire d'avoir incontestablement démontré la contagion de la fièvre jaune et l'opportunité du cordon sanitaire, qui se transforma si à propos en cordon politique. Mais voici que le docteur Chervin vint déranger les choses avec ses documens si impatientans. Ce docteur, qui avait parcouru le Nouveau-Monde, et qui s'était convaincu de la non-contagion de la fièvre jaune, pensa qu'il ne devait pas en être autrement sur notre continent. Il est frappé surtout des singulières contradictions dans lesquelles sont tombés MM. les commissaires; et il part pour la Péninsule, dans le but de vérifier les faits sur lesquels s'appuie la commission de Barcelone pour soutenir la contagion. Les documens qu'il y recueillit ne furent pas favorables, comme on sait, aux élus du gouvernement. De là, comme on doit s'en souvenir encore par le bruit que cela fit alors, pétition du docteur Chervin à la Chambre des députés, pour demander l'ajournement de la formation des établissemens sanitaires projetés pour nous mettre à l'abri de la fièvre jaune; renvoi de la pétition au ministre de l'intérieur; nomination, sur la demande du ministre, d'une commission dans le sein de l'Académie. pour examiner les documens de M. Chervin; rapport remarquable fait par M. Coutanceau, qui donne gain de cause à M. Chervin. Nous n'avons pas à dire tout ce qui se passa alors. Curieuse fut la discussion. Avant que le rapport fut mis en discussion, M. Pariset obtint d'y répondre. Mais quelle réponse! mieux eût valu partir aussitôt pour l'Égypte et la Nubie, et laisser là la France et l'Académie, où se trouvaient tant de méchans contradicteurs; où l'on a la malice de croire et de dire tout haut, que le pouvoir ne cherche pas toujours la vérité, ou n'est pas toujours bien servi par ses agens. Bref, M. Pariset prononça un long discours qui ne convainquit personne, hormis ceux qui avaient leurs raisons pour être persuadés d'avance.

C'est ce discours que M. Chervin réfute de point en point dans la brochure que nous annonçons, et qui paraît assez long-temps après l'événement qui lui a donné naissance. Il serait trop long, et d'ailleurs peu intéressant aujourd'hui, de rapporter cette nouvelle discussion de M. Chervin. Ceux qui voudront connaître l'histoire complète des épidémies de fièvre jaune, et se former une opinion sur le caractère de cette maladie, ne pourront se dispenser de lire l'écrit de cet infatigable investigateur. Ils y verront combien d'erreurs de toute espèce, de contradictions, d'assertions sans preuves, de raisonnemens peu rigoureux y sont relevés; ils y verront avec quelle évidence M. Chervin établit que les faits allégués par les contagionistes sont ou controuvés ou prouvent précisément le contraire de ce qu'on veut leur faire signifier. Après cela, devra-t-on conclure que la fièvre jaune qui se développe sur notre continent n'est pas contagieuse? Quelque nombreuses probabilités qu'ait en sa faveur cette opinion, la conséquence ne serait pas rigoureuse. Il en ressort seulement que ceux qui ont soutenu la contagion ont été bien légers, bien inexacts, etc. Puis, attendons une complète démonstration....

Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité de Nantes, pendant l'année 1828. *Nantes*, 1829. *In-*8.° *de* 160 *pages.*

Dans le courant de l'année 1828, le nombre des rapports faits par le Conseil de salubrité de Nantes s'est élevé à cinquante-cinq, dont vingt-cinq ont trait à des marchandises avariées (froment, huile d'olives, denrées coloniales); les autres ont pour objet de déterminer quels dangers peuvent résulter de l'établissement, au sein des villes, des grandes manufactures où on emploie des produits chimiques ou d'autres substances délétères, et d'indiquer les moyens de prévenir ces mêmes dangers ou d'y remédier. Partout la sagesse, unie au savoir, a présidé à la rédaction et aux conclusions des rapports; partout perce le désir de conserver les avantages des particuliers, sans compromettre l'intérêt général.

La plupart des détails que nous avons sous les yeux n'étant point susceptibles d'une courte analyse, nous ne pouvons qu'engager ceux qui s'occupent de police médicale et d'hygiène publique à méditer le travail du conseil de salubrité de Nantes. Nous signalons surtout à leur attention tout ce qui se rapporte aux fabriques de chapeaux vernis, à la fonte du suif en grand; à la fabrication du gaz hydrogène, à un procédé nouveau de M. Hétru, pharmacien de Nantes, qui obtient en grand le gaz hydrogène, en distillant des matières résineuses; à la fabrication du charbon animal, industrie nouvelle; aux

rafineries de sucre, etc. Ils ne liront pas sans intérêt, comment, par un procédé bien simple (en agissant à vaisseaux clos et en ajoutant de l'eau et une certaine quantité d'acide sulfurique), on est parvenu à remédier aux graves inconvéniens de la fonte des suifs en grand; comment, au moyen d'une étuve, dont les membres du conseil de salubrité ont fourni l'idée, les fabriques de chapeaux vernis ont cessé d'être un voisinage dangereux. Les vapeurs qui se dégagent de l'étuve sont ramenées dans le cendrier d'un fourneau placé au-dessous, et destiné à la chauffer, et sont brûlées en traversant le foyer.

Il résulte du mouvement de la population de Nantes, pendant l'année 1828, qu'il y a eu 2,556 naissances et 2,455 décès, tandis qu'en 1827 il y avait eu 2,457 naissances et 2,491 décès, d'où il suit qu'en 1828 l'augmentation sur les naissances a été de 99, la diminution sur les décès de 36. Sur ce nombre de 2,556 naissances, il y a eu 1,307 garçons et 1,249 filles; 250 enfans naturels et 221 enfans exposés. Les auteurs portent le nombre des naissances illégitimes à 471, parce qu'ils réunissent et les enfans naturels et les enfans exposés. Pour que ce fait pût être admis, il faudrait qu'aucun enfant légitime n'eût été exposé; or, c'est ce qui n'est pas probable: soit misère profonde, soit oubli des devoirs, on rencontre trop souvent, surtout dans les grandes villes, des parens qui abandonnent leurs enfans légitimes.

Il résulte encore des recherches auxquelles s'est livré le Conseil, que les mois de la belle saison ont été beaucoup plus favorables à la population que les mois d'hiver. Dans les mois de novembre, décembre, janvier et février, 776 enfans seulement ont été conçus, et 910 pendant les mois de juin, juillet, août et septembre. Le tableau relatif à la mortalité est incomplet; on s'est contenté d'établir deux divisions, l'une pour les décès au-dessous de 16 ans, et l'autre pour les décès au-dessus de cet âge. Espérons que cette lacune disparaîtra dans le rapport pour 1829. Toutefois, on peut tirer des résultats qu'offre ce tableau cette triste conséquence, qu'à Nantes le tiers de la population périt avant la seizième année.

Les membres du Conseil de salubrité n'ont point borné leurs recherches à la ville de Nantes. Ils ont soumis à leurs correspondans une suite de questions dont la solution était très-propre à faire connaître la statistique et la topographie médicales des différentes parties du département de la Loire-Inférieure. Douze mémoires leur sont parvenus. Il ne peut entrer dans notre objet de les faire connaître; mais nous ne pouvons taire deux choses qui nous ont vivement frappé: c'est que dans presque toutes les communes, une ignorance profonde et une superstition aveugle s'opposent à la propagation de la vaccine, et livrent les habitans malades aux sorciers et aux *jugeurs d'eaux*, et que le nombre des décès qui, dans les villes un peu con-

sidérables, égale et même surpasse celui des naissances, se trouve lui être inférieur dans les campagnes, et cela dans les proportions d'un cinquième, d'un quart, et même d'un tiers. Nous ne saurions terminer sans dire que les travaux du Comité de salubrité de Nantes font le plus grand honneur à la philantropie des membres qui le composent, et qui ont secondé de tout leur pouvoir les vues bienveillantes de l'administration.

Commentatio de hydrope; auctore M. J. SPITZER, *medico-chirurgo Linneario nosocomii magni militum Vindobonæ*, etc. *Parisiis*, 1829. *In*-8.° *de* 64 *pages. Apud Gabon.*

D'après le titre, on pourrait s'attendre à ne trouver, dans le mémoire de M. Spitzer, que des considérations générales sur l'hydropisie; mais l'auteur va bien au-delà de ce qu'il semblait promettre. Il a trouvé le moyen, dans 58 pages (car six sont occupées par le titre, la dédicace et la préface) de parler de toutes les hydropisies qui sont du domaine de la médecine proprement dite. Ainsi, il traite successivement de l'anasarque, de l'ascite, des hydropisies enkystées du péritoine, de l'hydropisie des ovaires, de l'hydromètre, de l'hydrothorax, de l'œdème du poumon, de l'hydropisie du médiastin, de l'hydrocéphale aiguë et chronique, enfin de l'hydrorachis.

Nous ne suivrons pas l'auteur d'article en article; le lecteur n'y gagnerait rien. Nous avons lu le mémoire de M. Spitzer avec attention, et nous n'y avons rien vu qui ne se trouve partout. Il renferme beaucoup de répétitions, et les omissions n'y sont pas rares. Pour en donner un exemple, nous dirons que l'auteur, en parlant de l'hydrothorax et de l'hydro-péricarde, se contente de citer, comme pouvant *être utiles* au diagnostic, la méthode d'Avenbrugger et le précieux instrument de Laennec.

Que penser d'un médecin praticien qui fixe irrévocablement au 7.e ou au 14.e jour le second stade de l'hydrocéphale; qui conseille gravement, dans la troisième période de cette maladie, de faire de légères décharges électriques sur la tête du malade plongé dans l'assoupissement, et qui cherche des signes propres à faire distinguer l'anasarque de l'emphysème et de la polysarcie!

Ajoutons, pour faire connaître un dernier mérite du mémoire de M. Spitzer, qu'il fourmille de fautes typographiques. Dans un errata qui se trouve à la fin, on a corrigé quarante fautes plus ou moins grossières. Sans cette précaution, la lecture de l'ouvrage serait difficile et souvent même impossible, car on trouve *adieta* pour *à dicata*; *ger ælocum* pour *æger locum*, et pour *imbibitionem*, *ambitionem*, qu'on a remplacé par *imbitionem*, qui n'est pas latin, etc., etc., etc.

De la léthargie et des signes qui distinguent la mort réelle de la mort apparente; par B. A. Pichard, *médecin. Paris*, 1830. *In*-8.°, pp. 45. *Prix*, 1 *fr*. 25 *cent. Chez Béchet.*

Fixer l'attention de l'autorité sur le danger des inhumations précipitées, rappeler aux médecins, et particulièrement à ceux qui sont chargés de constater les décès, les signes qui distinguent la mort réelle de la mort apparente, tel a été le but que s'est proposé M. Pichard dans cette brochure. L'ordre méthodique dans lequel sont classées les matières, la concision qui règne dans les descriptions, ne la recommandent pas moins aux fonctionnaires publics qu'aux médecins; les premiers y trouveront un guide qui les conduira dans les points d'administration qui ont rapport aux inhumations; les seconds y retrouveront des préceptes dont l'oubli peut causer de graves accidens.

Mémoire sur l'emploi des bains iodurés dans les maladies scrofuleuses; suivi d'un tableau pour servir à l'administration des bains iodurés selon les âges; par J. G. A. Lugol, *médecin de l'hôpital Saint-Louis. In*-8.° *pp.* VIII-52. *A Paris, chez Baillière.* 1830.

Dans un avant-propos, qu'il appelle *préambule*, M. Lugol nous apprend que depuis qu'il a publié son premier mémoire sur l'emploi de l'iode contre les scrofules, les essais qu'il a tentés ont été répétés un grand nombre de fois déjà, tant en France qu'à l'étranger, et surtout en Angleterre. Parmi les médecins distingués qui ont administré l'iode, *modo Lugoliano*, pour nous servir de l'expression de l'un d'eux, l'auteur cite MM. Duméril, Magendie, Serres, Baron, Alibert, Richerand, Jules Cloquet, etc., qui en ont obtenu les plus heureux succès. L'usage de ce médicament est même devenu si général à Paris, que, pendant quelques jours, il a manqué dans les pharmacies.

Encouragé par ces premiers succès, M. Lugol a continué avec ardeur ses expériences sur l'emploi de l'iode, dans le but de s'assurer du mode d'administration le plus avantageux. En réfléchissant à l'action puissante qu'exercent sur l'économie les bains sulfureux, et les nombreux services qu'ils rendent aux praticiens, l'auteur a eu l'idée d'essayer les bains iodurés, principalement dans les cas de scrofules. Mais avant d'en adopter et d'en recommander l'usage, il était nécessaire de constater, à l'aide d'expériences directes, quels seraient les effets de cette nouvelle application de l'iode à l'économie; soit à l'état d'iode, soit à l'état d'iodure de potassium. Ce sont les résultats de ces tentatives qui font le sujet du mémoire que nous avons sous

les yeux, et qui a été présenté à l'Académie des sciences le lundi 14 décembre 1829.

M. Lugol employa d'abord, sur plusieurs malades en ville, une once d'iodure de potassium et une demi-once d'iode dissous dans vingt onces d'eau distillée, le tout étendu dans la quantité d'eau nécessaire pour un bain ordinaire. Il en résulta une rubéfaction très-vive de la peau, qui obligea à réduire la quantité d'iodure de potassium à six gros, et celle de l'iode à trois gros. Cette formule, qui est aujourd'hui la plus forte dont l'auteur fasse usage, produit encore, dans la plupart des cas, une irritation si grande à la peau, qu'on ne peut guère l'employer. Cependant, la proportion du principe actif n'est guère que de 9/10.es de grain par litre d'eau, quantité que l'on administre à l'intérieur sans aucun inconvénient.

L'auteur passe ensuite au détail des expériences qu'il a faites à l'hôpital sur sept jeunes gens, de 15 à 25 ans, affectés de diverses formes de scrofules, pour apprécier les effets des bains contenant de l'iodure de potassium ou de l'iode.

1.° Une once d'iodure de potassium, ajoutée à un bain à la température de 36.° cent., n'a produit, après une immersion de 40 minutes, que des démangeaisons légères et de courte durée chez trois individus, et aucun phénomène particulier chez les autres.

2.° Une once et demie de la même substance n'a donné lieu à aucune action locale; il en a été de même d'un bain préparé avec deux onces.

3.° Trois onces ont déterminé une démangeaison générale et des picotemens chez quatre sujets: phénomènes qui ont persisté chez presque tous jusqu'à la fin du bain. Aucun effet sensible sur les trois autres.

4.° Un bain à 36.° c. et demi, préparé avec 3 gros d'iode, et dans lequel les individus sont restés plongés pendant 50 minutes, a produit presque aussitôt une démangeaison, qui est devenue au bout d'un quart d'heure une cuisson très-prononcée, surtout dans les aines, à la face externe des cuisses et des bras, et sur les jambes. Cette cuisson, pendant le dernier quart d'heure du bain, était vive et douloureuse. La rubéfaction se prolongea chez la plupart des malades pendant plusieurs heures. En général, elle a été mêlée d'une teinte jaune faible, due à la présence de l'iode déposé sur la peau.

5.° La même expérience, répétée avec trois gros et un scrupule d'iode, a eu pour résultat des picotemens, des démangeaisons, des cuissons et des rubéfactions pointillées, discrètes ou confluentes, une teinte jaune plus prononcée des membres et surtout des régions inguinales. Ces phénomènes persistèrent plus long-temps que dans le cas précédent, et même chez l'un des malades, on observa une desquammation de l'épiderme au bras, au poignet et à la poitrine. M. Lu-

gol fait observer que la rubéfaction était loin d'être en rapport avec le sentiment de cuisson, et ils les a vus plusieurs fois avoir lieu en sens inverse.

6.° Trois gros d'iode, dissous dans six onces d'alcohol, pour tâcher d'obtenir une dissolution plus complète de ce corps dans le bain, ont produit des effets immédiats moins prononcés que dans les expériences précédentes. On a seulement observé que, quand on versait la teinture d'iode dans le bain, il s'en élevait aussitôt des vapeurs violettes, et qu'en peu d'instans l'atmosphère a été chargée de ces vapeurs au point d'irriter fortement les yeux, les fosses nasales et le larynx. Quant aux phénomènes secondaires, loin d'aller en diminuant, comme dans les cas précédens, ils se prolongèrent davantage, et les malades éprouvèrent pour la plupart de la céphalalgie, de la fièvre et de la toux. Chez trois de ces individus, il y eut un engourdissement général et de la somnolence, état que M. Lugol désigne sous le nom d'*ivresse iodique*.

De ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1.° L'iodure de potassium, à la dose de 3 onces par bain, n'a presque pas d'action ; 2.° La dose d'iode doit être généralement de 2 à 3 gros par bain, et très-rarement plus forte. 3.° L'iode pur ne se dissout pas complètement dans l'eau, et se dépose sur la peau, ce qui peut donner lieu à des accidens locaux. 4.° L'iode dissous dans l'alcohol ne reste pas en état de dissolution dans le bain, et peut, en se répandant en vapeurs dans l'atmosphère, produire l'ivresse iodique. Enfin, la préparation la plus convenable est de dissoudre préalablement l'iode dans l'iodure de potassium.

Ce mémoire intéressant est terminé par cinq observations qui confirment les faits précédemment énoncés, et par un tableau des quantités d'iode contenu dans les bains, selon les formules qu'on emploie pour les préparer. Voici les formules auxquelles l'auteur s'est arrêté.

1.° Pour les bains d'adultes, pour 300 litres d'eau,

	N.° 1.	2.	3.	4.
♃ Iode.................	ʒ ij —	ʒ ij ß —	ʒ iij —	ʒ iij ß.
Iodure de potassium...	ʒ iij —	ʒ iv —	ʒ vj —	ʒ vij.

2.° Pour les bains d'enfans; pour environ 100 litres d'eau.

♃ Iode.................	℈ ij —	℈ ij ß —	℈ iij —	℈ iv.
Iodure de potassium...	℈ iv —	℈ v —	℈ vj —	℈ vij.

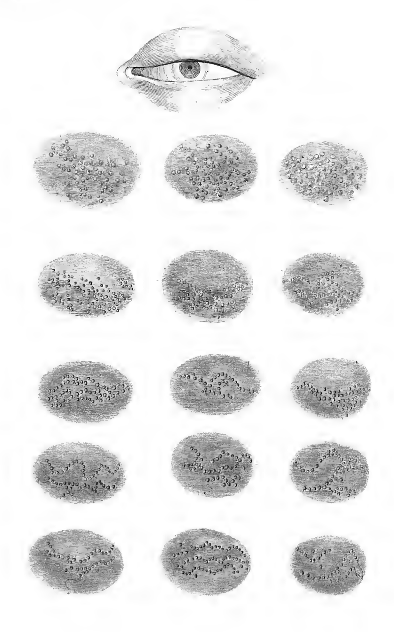
Topographie historique, physique, statistique et médicale de Cassel (département du Nord); *par* P. J. E. de Smyttère, *M. D. P.*, *professeur de botanique, etc. Paris*, 1828. *In-8.°, pp.* xxvi-396, *avec cartes et vues lithographiées.*

M. de Smyttère, en composant le livre que nous avons sous les yeux, a eu pour but de payer un tribut d'hommages à la ville de Cassel, sa patrie, et surtout de contribuer, autant qu'il a été en lui, au grand travail de statistique de la France, dont s'occupait alors le gouvernement. Il s'est attaché à faire ressortir les avantages de la position de cette ville, située au sommet d'une montagne, au milieu d'une vaste et riche plaine. Dans la première partie, il donne la description de Cassel, et des indications sur la nature du sol où elle est bâtie. Dans un chapitre consacré à l'hygiène, il entre dans des considérations assez étendues sur les maladies provoquées par les professions d'une partie de ses habitans, et leur donne à ce sujet des conseils utiles et judicieux. Il parle des deux hôpitaux de Cassel, qui sont l'hospice des vieillards et l'infirmerie, et qui ne peuvent contenir qu'un petit nombre de malades. Après avoir indiqué les maladies épidémiques qui y ont régné depuis le quinzième siècle jusqu'au dix-septième, il examine les maladies endémiques qui sont propres à ce lieu élevé, et fait voir que ce sont principalement des affections inflammatoires. Il indique ensuite les moyens qu'il juge les plus propres à combattre les vices du climat, et en résumé il pense que le séjour est un des plus sains de la France.

La seconde partie est consacrée à l'étude des environs de la ville, et la troisième à l'histoire naturelle tant de la ville que de ses environs. L'auteur y présente des détails intéressans sur la zoologie, la botanique et la géologie.

On trouve encore dans cet ouvrage une série de tableaux statistiques sur le mouvement de la population, et sur le nombre des maisons et des ménages dans chacune des communes de l'arrondissement d'Hazebrouck. Ces derniers ne nous ont pas paru présenter tous les détails que l'on pourrait désirer y trouver.

Arch. gén. de méd. Avril 1830.



MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1830.

De l'humeur lacrymale, considérée à la partie antérieure du globe de l'œil; par F. RIBES *père, médecin ordinaire de l'hôtel des Invalides.*

Fallope était l'anatomiste qui avait donné la meilleure description de la glande lacrymale, lorsque Stenon, en 1661, le 11 novembre, découvrit les conduits excréteurs de cette glande sur l'œil du mouton. Voici comment il les décrit :

« Les orifices de ces vaisseaux se présentent facilement » à la vue, pourvu que l'on étende tant soit peu la pau- » pière, en la renversant sur l'angle extérieur; bientôt, » en effet, à un demi-pouce environ de distance, en par- » tant du bord extérieur, on en distinguera trois dans » l'angle même, plus bas quatre, en haut six, et quel- » quefois sept; et si l'on y introduit des soies sans produire » de lésion, on verra aisément que le passage se commu- » nique à la glande même. Je découvris ces vaisseaux » l'année dernière, en exposant à la lumière d'une chan- » delle la paupière d'un œil de mouton tiré hors de son » orbite, paupière que j'avais dépouillée de ses membra- » nes extérieures dans le dessein de voir si elle était trans-

» parente. Aussitôt, en effet, ces petits conduits pleins » de lymphe parurent et se firent reconnaître par leur » transparence. »

Inconspectum facilè protrahuntur prædictorum fluminum ostia, modò inversam in exteriori angulo palpebram tantillùm extenderis; mox enim ad medii pollicis ab exteriori limbo recessum, in ipso angulo tria, infrà quatuor, suprà sex interdùm et septem patebunt; per quæ immissa sine sectione seta facilem in ipsam usque glandulam transitum offendit. Hæc superior mihi annus vasa detexit, cùm 11 novemb. eruti ex orbitâ ovilli oculi palpebram exterioribus tunicis nudatam candelæ lumini exponerem, an pellucida esset exploraturus: mox enim splendentes lymphâ rivuli suo se indicio prodiderunt. (*Nicolai Stenonis* Observationes anatomicæ, etc., etc. Lugduni-Batavorum, 1662, p. 88.)

J'ai vainement cherché l'orifice des trois canaux que Stenon dit qu'on peut voir dans l'angle même de la paupière renversée, ainsi que les quatre conduits qu'il annonce être plus bas; mais j'ai constamment rencontré les six ou sept canaux qu'il indique comme se trouvant placés en haut.

Ces conduits sont faciles à apercevoir dans le bœuf, le mouton, le cerf, et surtout dans le cheval. On voit que ces canaux prennent naissance des grains glanduleux par des racines ou radicules qui se réunissent et servent à les former; qu'ils se dégagent et sortent bientôt des intervalles des lobules qui constituent la glande lacrymale: après cela ces conduits descendent le long de la face interne de la paupière supérieure, et s'ouvrent dans la conjonctive de cette paupière, du côté du petit angle de l'orbite, par des embouchures distinctes situées plus en arrière et environ une ligne plus haut que le bord supérieur du cartilage tarse.

Une fois sortis hors de la glande, ces conduits n'ont ordinairement aucune communication entre eux : cependant nous avons vu, sur un œil de cheval, deux de ces canaux, d'abord isolés, se réunir bientôt pour former un canal commun.

Il n'est pas toujours aisé d'apercevoir ces conduits dans l'homme; Morgagni, Zinc et Haller ne les ont jamais vus. Santorini a soupçonné les avoir trouvés sur un seul sujet. Winslow, Lieutaud, indiquent une manière de les démontrer. Feu M. Chaussier et moi nous les avons disséqués, et plusieurs fois nous les avons injectés avec du mercure, en dirigeant cette matière, de la glande vers la paupière. Monro fils avait autrefois obtenu le même succès.

Les ouvertures des conduits excréteurs de la glande lacrymale sont ordinairement au nombre de six; il y en a quelquefois sept, très-rarement huit et non pas douze, comme Stenon l'avait prétendu. Elles sont placées parallèlement sur la même ligne, un peu au-dessus du cartilage tarse. Dans le bœuf et le cheval, elles permettent facilement l'introduction d'un stylet de Méjan.

Ces conduits s'ouvrent obliquement sous la paupière, à-peu-près comme les uretères dans la cavité de la vessie urinaire. Les ouvertures de ces canaux sont circulaires, dirigées obliquement en arrière et un peu en bas, et coupées en biseau. La moitié inférieure de la circonférence, presque adhérente, paraît peu mobile; la moitié supérieure peut se contracter et se rapprocher de la moitié inférieure; elle peut resserrer l'ouverture et la fermer presque entièrement : cependant cette contraction est moins grande et moins apparente que celle des points lacrymaux. Ainsi les larmes peuvent, jusqu'à un certain point, être retenues, et leur écoulement peut être retardé ou empêché par cette contraction. Néanmoins la rétention

des larmes dans ces conduits ne pourrait être, sans inconvénient, que très-peu de temps prolongée.

Sur un cheval que M. Girard, directeur de l'école d'Alfort, avait mis à notre disposition pour être soumis à nos expériences, nous avons vu, après avoir essuyé la conjonctive, les larmes sortir en abondance par les ouvertures des canaux excréteurs.

Depuis la découverte des conduits de la glande lacrymale, il semblait que les idées des anciens, sur la source des larmes, devaient être à jamais détruites : cependant après Stenon, on vit des anatomistes douter encore qu'il fût vrai que la glande lacrymale sécrétât les larmes. Ils ne pouvaient pas croire qu'un organe aussi petit que la glande lacrymale fournît dans un temps donné une aussi grande quantité d'humeur que celle que l'on voit répandre dans certaines circonstances. Ces anatomistes attribuaient la sécrétion de ce liquide aux tuyaux exhalans des paupières et aux conduits de Meïbomius. Aujourd'hui il n'y a plus de dissentiment sur l'origine des larmes; mais on ne connaît pas bien encore la manière d'être de cette liqueur à la partie extérieure de l'œil. Voyons si nous pourrons ajouter quelque chose à ce qui est connu sur ce sujet.

Les larmes sécrétées par la glande lacrymale sortent des orifices des conduits excréteurs versées sous la paupière supérieure. Les larmes descendent jusqu'à la face interne de la paupière inférieure, sont épanouies et étendues sur toute la surface de la conjonctive qui tapisse la face interne des paupières et qui recouvre la partie antérieure du globe de l'œil.

Je m'étais long-temps figuré que cette couche liquide formait un tout continu; que les globules qui la constituent ne pouvaient pas être démontrés ni aperçus isolément, et qu'on ne pouvait concevoir leur existence autrement que par la pensée.

Il y a longues années, réfléchissant sur des choses de peu d'importance, ayant ma tête penchée et appuyée sur la main gauche, l'œil de ce côté étant fermé pendant que le droit était entr'ouvert, regardant un point fortement éclairé par le soleil, je voyais un nombre infini de petits globules transparens rouler au devant de mon œil. Je ne cherchai pas d'abord à m'expliquer ce phénomène; mais je ne pus m'empêcher d'en être frappé, parce que je le revoyais toujours. Enfin, excité par la vue continuelle de ces globules, je cherchai à savoir ce qu'ils pouvaient être et à me rendre raison de leur existence, car je ne me faisais pas illusion : il y avait quelque chose de matériel dans ce que je voyais, et cela devait se trouver au dehors de mon œil ou dans l'intérieur de cet organe, ou enfin sur la surface de la conjonctive, entre les paupières et le globe de l'œil.

Pour m'assurer s'ils étaient en dehors de mon œil, j'agitai l'air devant moi, premièrement avec la main, ensuite avec un éventail, et ces globules n'éprouvèrent aucun ébranlement.

Je portai alors ma pensée sur la composition des yeux, tant de l'homme que des animaux, et après avoir bien réfléchi sur la manière d'être des humeurs et de toutes les parties solides de l'œil, je restai convaincu que ce mouvement globulaire ne pouvait pas se passer dans le cristallin, ni même dans le corps vitré; il ne pouvait pas non plus tirer sa source des franges des procès ciliaires, qui forment la circonférence de la chambre postérieure; car si le corps ciliaire eût donné naissance à ces globules, ils auraient dû venir de tous les points de la circonférence vers le centre, et c'est ce qui n'avait jamais lieu. En effet, ils se portaient toujours de la partie supérieure vers l'inférieure, et non de bas en haut, excepté dans le cas d'un mouvement rétrograde.

D'après ces premières recherches, je pensai que ce phénomène pourrait bien être produit par la présence des larmes qui descendent au devant de l'œil: je crois que je ne me trompai pas. Si, en effet, je fais augmenter la sécrétion de l'humeur lacrymale par l'action d'un corps stimulant, tel que la fumée, l'odeur de l'oignon, de l'ail, de l'ammoniaque, etc., dans tous ces cas je vois ces globules augmenter en nombre, et former une nappe bien plus épaisse qu'elle ne l'est ordinairement : il ne pouvait donc plus y avoir d'incertitude sur la cause du phénomène que j'observais.

Ainsi, je ne doute point que les larmes une fois sécrétées par la glande lacrymale descendent par les conduits excréteurs, et se répandent à l'extérieur de l'organe de la vue, entre les paupières et le globe de l'œil. Je ne sais si les larmes sortent goutte à goutte par les ouvertures des conduits excréteurs, ou si c'est d'un jet contiuu; mais on voit que les larmes se présentent sous la forme de globules arrondis, sphéroïdes; que ces globules s'offrent quelquefois en grand nombre, et s'échappent de leurs conduits sans ordre bien déterminé, comme on l'observe dans les trois premières figures de la planche ci-jointe : le plus souvent ils ont un arrangement régulier. En effet, la liqueur étant sortie de tous les canaux, on voit que les globules qui la composent, se touchent, sont unis les uns aux autres, et descendent quelquefois en formant des lignes transversales, mais en décrivant quelques inflexions ou courbures, comme on le remarque dans la plupart des figures qui sont au bas de la planche. Le plus ordinairement ils sortent de leurs canaux et descendent directement en formant des colonnes ou lignes verticales. Dans quelques-unes de ces colonnes, la descente est rapide, et dans d'autres plus lente. On observe que, dans certains instans, les globules réunis en descendant forment des

anses ct représentent des espèces de chapelets. Enfin, les formes sous lesquelles se produisent les globules réunis, variant presque autant que l'aspect des objets placés dans le kaléidoscope, il a été impossible de les rendre toutes dans la planche ajoutée à cet article.

Les globules ainsi disposés forment plusieurs couches; quelquefois on n'en voit qu'une qui descend immédiatement sur le globe de l'œil; le plus souvent on en aperçoit deux ct même trois; alors on les voit glisser les unes sur les autres. Souvent ces couches en descendant s'arrêtent un peu, suspendent leur mouvement; mais bientôt on les voit redescendre. Quelquefois l'action des paupières leur imprime un mouvement rétrograde; elles s'arrêtent, et ensuite remontent un peu, puis on les voit descendre plus ou moins rapidement. Ainsi, ces globules se portent de la partie supérieure du globe de l'œil à la partie inférieure.

Je ne sais pas si jamais il sera possible d'arriver à connaître au juste le volume de ces globules : il est certain qu'il y en a quelques-uns plus grands que d'autres; mais en général, vus à ouverture déterminée des pupilles, ils varient beaucoup. Mais les mêmes globules paraissent plus ou moins volumineux, selon l'écartement plus ou moins grand des paupières. En effet, examinés alors, on voit que ces globules paraissent graduellement un peu plus gros, et on en aperçoit un plus grand nombre à mesure que les paupières se rapprochent et que leur écartement diminue : lorsque ces voiles mobiles sont très-rapprochés et qu'il n'y a qu'un rayon de lumière qui traverse la pupille, on voit un tourbillon de globules qui forme une espèce de brouillard au devant de l'œil.

Ces globules, par leur face extérieure, adhèrent entre eux en dedans, en dehors, en haut ct en bas; mais en avant et en arrière, les côtés paraissent libres. En effet,

nous voyons la seconde couche de ces globules glisser sur la première, comme celle-ci glisse par sa face postérieure sur le globe de l'œil.

Comment sont composés ces globules? Sont-ils pleins, ou bien sont-ils disposés en forme de vessie? C'est ce qu'il est difficile de déterminer : cependant je suis porté à croire qu'ils sont vésiculeux, et d'après cette supposition ils doivent présenter des parois et une cavité à examiner.

Les globules considérés extérieurement, comme nous l'avons dit, sont unis aux globules voisins par le point par lequel ils se touchent, de sorte que de cette disposition il résulte des cloisons composées de deux feuillets. Sans être opaques, ces cloisons paraissent moins transparentes que le milieu du corps du globule : ainsi, chacun d'eux a une cavité particulière distincte de celle du globule correspondant; mais il est impossible de savoir si la cloison intercepte toute communication entre ces cavités.

Il est probable qu'il y a de l'air ou un gaz dans la cavité de chaque globule, car ils ne pourraient pas conserver leur forme sphéroïde, s'ils n'étaient pas remplis et soutenus par un fluide; mais probablement aussi il y a de l'air entre les couches diverses de ces globules qui glissent les uns sur les autres, comme glisseraient deux glaces qui seraient placées l'une sur l'autre.

On dit qu'une partie des larmes s'évapore, que le reste est porté dans le lac lacrymal, les points lacrymaux, le sac lacrymal, le canal nasal, et de là dans les fosses nasales. J'ai cherché à découvrir s'il y en avait une partie qui se détachât, fût réduite en vapeur, et allât se mêler avec l'air. S'il y a évaporation d'une quantité quelconque de cette humeur, ce phénomène ne peut être que soupçonné, mais ne peut être aperçu. Ainsi, il n'y a de bien prouvé que le passage des larmes dans les fosses nasales par les voies lacrymales.

On dit aussi que les larmes se mêlent avec les fluides mucus sécrétés par les glandes palpébrales de Méïbomius et par la caroncule lacrymale. On ne voit pas à l'œil simple que cela ait lieu. Ce mélange ne paraît pas nécessaire. D'ailleurs, nous voyons que le mucus sécrété par les organes dont nous venons de parler, au lieu de passer comme les larmes par les points et les conduits lacrymaux, reste sur les bords des paupières, et principalement vers le grand angle de l'œil, où cette humeur s'amasse, s'accumule, devient plus visqueuse, tenace, s'épaissit et se concrète; alors, il est souvent difficile de le décoller et de l'enlever. Ainsi, rien ne prouve encore que les larmes se mêlent avec le fluide mucus palpébral.

Ce que je viens de dire sur la manière d'être des larmes, nous l'avons observé en ayant un œil fermé, pendant que l'autre était ouvert aux deux tiers, à la moitié ou au quart, et en regardant un point éclairé par le soleil ou par un jour clair.

Je crois qu'on est tombé dans l'erreur lorsqu'on a pensé que les larmes n'ont d'autre usage que celui de lubréfier la conjonctive. Il n'est pas probable que la nature se fût servie d'un appareil aussi admirable que les voies lacrymales pour sécréter une humeur destinée seulement à oindre la partie antérieure de l'œil, à faciliter les mouvemens de cet organe et à diminuer les frottemens des paupières.

Ce qui se passe entre la dure-mère et l'arachnoïde, dans les ventricules du cerveau, dans les plèvres, dans le péricarde, le péritoine, et dans les grandes articulations, aurait dû détourner de cette idée. En effet, s'il ne s'était agi que de lubréfier le globe de l'œil et les paupières, la nature aurait employé sans doute les mêmes moyens que pour les cavités séreuses : ainsi, les larmes sécrétées par un des merveilleux appareils de l'économie animale, de-

vaient avoir un usage plus important à remplir que celui auquel on les avait crues destinées.

Les organes de l'ouïe et de l'odorat n'ont rien de semblable; mais il n'en est pas de même de la bouche et de l'organe du goût, et c'est ici que nous trouvons une grande analogie avec le globe de l'œil. Si, dans la bouche, nous voyons les glandes buccales, labiales, palatines, etc., nous trouvons dans la conjonctive les glandes palpébrales de Méïbomius et les follicules glanduleux de la caroncule lacrymale. Or, je suis convaincu que la salive n'a pas plus pour usage de lubréfier la cavité de la bouche, que les larmes n'ont celui de lubréfier la face libre de la conjonctive. Je ne dis pas que, secondairement, elles n'aient cet usage; mais la fonction essentielle que remplit l'humeur lacrymale est relative à la vision, comme la fonction de la salive est principalement relative à la digestion des alimens.

Lecat dit que la glace qui fait l'entrée du globe de l'œil n'est pas un cristal solide. C'est une membrane dure et polie, à la vérité, mais c'est toujours une membrane, et elle doit tout son poli, toute sa transparence, non-seulement à l'humeur aqueuse qu'elle contient, mais encore à une autre eau limpide qui l'abreuve sans cesse par dehors et en remplit exactement les pores; sans cette eau, la cornée transparente, exposée à l'air, se sèche, se ride, se ternit, et cesse de laisser passer les rayons: cette eau si essentielle à la transparence de la cornée et à la vue, ce sont les larmes.

On lit dans le Dictionnaire philosophique de Voltaire que « tout a une fin sans doute dans le corps animal; les yeux surtout ont des rapports mathématiques si évidens, si démontrés, si admirables, avec les rayons de la lumière; cette mécanique est si divine, que je serais tenté de prendre pour un délire de fièvre chaude l'audace de

nier les causes finales de la structure de nos yeux. L'usage des larmes ne paraît pas avoir une fin si déterminée et si frappante. »

Ce grand philosophe semble croire que les larmes sont étrangères à la mécanique de l'œil, car il les regarde comme le langage muet de la douleur, et il dit qu'il serait beau que la nature les fît couler pour nous exciter à la pitié.

Quoique aujourd'hui, plus que jamais, je sois bien loin de nier les rapports des larmes avec les affections tristes, je ne puis pas m'empêcher de dire que Voltaire n'a pas considéré que l'humeur lacrymale fait une partie essentielle de l'organe de la vue, que les yeux et la vision seraient altérés sans le secours de cette liqueur limpide répandue sur la conjonctive, et que si, dans quelques circonstances, les larmes sont le langage muet de la douleur, dans tous les temps l'humeur lacrymale est une partie constituante des yeux, et absolument nécessaire au complément de la fonction remplie par ces organes.

Pendant le sommeil, la sécrétion des larmes est en partie suspendue; aussi, quand on se réveille en sursaut, on n'aperçoit les objets que très-confusément. Alors on porte la main aux yeux, et en les frottant et les comprimant, on excite le mouvement des paupières; on réveille l'action de la glande lacrymale, et les larmes coulent assez abondamment. Elles sont bientôt épanouies sur le devant de l'œil, et les rayons de lumière vont peindre exactement l'image des objets sur la rétine, qui la transmet au lieu commun des sensations.

Cependant, la glande lacrymale n'est pas toujours dans l'inaction pendant le sommeil. On voit des personnes faisant des rêves sur des sujets tristes qui excitent les pleurs, et ces personnes se trouvent quelquefois à leur réveil inondées de larmes.

Quand l'humeur lacrymale est en moindre quantité qu'elle ne doit être, la vision est troublée. Lorsque cette humeur coule trop abondamment, les rayons lumineux la traversent difficilement et n'arrivent pas jusqu'au fond de l'œil ; ainsi on ne distingue plus les objets : mais lorsque instantanément excitées par des émotions tendres, les larmes sont un peu plus abondantes que dans l'état ordinaire et qu'elles coulent doucement au-devant de l'œil, on observe que les objets paraissent plus distincts.

Je termine ici cet article, et je reste convaincu que les rayons de la lumière ne peuvent traverser les millions de globules dont l'humeur lacrymale est formée, sans que ces rayons éprouvent des changemens ou des modifications qui rendent plus exacte la perception des objets.

Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris, pendant l'année 1829, *des diverses méthodes thérapeutiques employées pour les combattre, et spécialement des mercuriaux, des vomitifs et des évacuations sanguines; par M.* TONNELLÉ, *ancien interne des hôpitaux.* (II.e article.)

Obs. VI.e— *Fièvre puerpérale avec péritonite et phlébite utérine ; gangrène du poumon ; ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac; abcès de la jambe.* Marie-Marguerite Bapt...., âgée de 23 ans, d'une bonne santé, éprouva, le second jour d'une couche heureuse, de vives douleurs à l'hypogastre et de la fièvre. 40 sangsues furent aussitôt appliquées à l'hypogastre, et produisirent beaucoup de soulagement; mais le lendemain les douleurs se reproduisirent ; il s'y joignait une diarrhée abondante et des vomissemens fréquens : les lochies étaient supprimées, les seins affaissés. On posa aussitôt

60 sangsues sur l'abdomen, et 40 autres dans la soirée. Le 3, la malade ne souffrait point et se trouvait bien ; les lochies reparurent. Le 4, il survint de l'agitation et plusieurs défaillances. Le 5, elle délira et se plaignit de la jambe qui offrait un peu d'empâtement à sa partie antérieure. Le 6, elle expectora quelques crachats sanguinolens et fétides, laissa échapper involontairement ses matières fécales, et tomba dans l'affaissement jusqu'au lendemain, où elle succomba.

L'onguent mercuriel en frictions avait été employé à la dose de deux onces toutes les vingt-quatre heures, dès le troisième jour.

A l'autopsie, nous trouvâmes la cavité du péritoine à demi remplie d'une sérosité puriforme mêlée de fausses membranes : le col de la matrice et les ligamens larges infiltrés de pus : la plupart des veines de l'utérus gorgées du même liquide ; l'extrémité des trompes injectée et épaissie ; les ovaires gonflés et ramollis.

Au centre du poumon droit existait un foyer gangréneux de trois ou quatre pouces d'étendue. La cavité de ce foyer était à demi-remplie de lambeaux noirâtres et fétides, et d'un liquide épais de même couleur et de même odeur.

La membrane muqueuse de l'estomac, ramollie dans une grande partie de son étendue, était entièrement détruite au pourtour de l'orifice cardiaque.

On voyait à la surface du colon quelques ulcérations rosées et de fausses membranes grisâtres, bien consistantes.

A ces altérations se joignait une suppuration de toute la jambe, d'une nature particulière.

Les muscles profonds étaient infiltrés et en quelque sorte imbibés de pus dans l'espace de trois ou quatre pouces. Aux environs de ce foyer et dans toute l'étendue

de la jambe, existaient plusieurs petites collections circonscrites qui paraissaient en quelque sorte déposées au milieu des muscles; ceux-ci avaient conservé leur couleur naturelle : le tissu cellulaire intesticiel et sous-cutané, les tégumens, n'offraient ni la rougeur, ni l'infiltration séreuse qui accompagnent ordinairement les inflammations profondes.

Les réflexions que nous suggérait l'observation précédente s'appliquent également à celle-ci : nous retrouvons en effet dans ce cas, aussi bien que dans l'autre, une foule de lésions qu'on ne peut attribuer qu'à l'influence d'une cause générale qui les domine toutes.

Le nombre de ces lésions, leur marche rapide autant qu'insidieuse, leur nature désorganisatrice, tout leur imprime un caractère particulier que ne présente point l'inflammation dans ses formes ordinaires, mais qu'explique parfaitement l'influence délétère d'un sang vicié sur tous les organes.

Parmi ces lésions, il en est une sur laquelle nous nous proposons surtout de diriger l'attention, c'est la suppuration des muscles de la jambe : mais avant d'expliquer toute notre pensée à ce sujet, il est nécessaire d'exposer ici une série de faits qui puissent bien faire connaître ces sortes d'abcès.

Obs. VIII.e — *Fièvre puerpérale avec phlébite utérine; collections purulentes dans les muscles psoas, iliaque, triceps*, etc. — Gadif....., âgée de 37 ans, d'une bonne constitution, éprouva au troisième jour d'une couche heureuse tous les symptômes d'une fièvre puerpérale intense. La maladie, énergiquement combattue par des applications nombreuses de sangsues, s'amenda vers le huitième jour; mais bientôt la fièvre et les douleurs abdominales se réveillèrent avec force; la malade ne tarda pas à éprouver de l'agitation et du délire; elle tomba

dans un coma profond, troublé de temps en temps par des cris et des gémissemens, et succomba au 5.e jour de cette récidive.

Les frictions mercurielles à haute dose, le calomélas, les lavemens avec le miel de mercuriale, les cataplasmes sinapisés, furent les moyens employés dans les derniers temps.

Autopsie 24 heures après la mort. — Aux caractères déjà connus d'une phlébite utérine très-intense et qui s'étendait à presque toutes les veines de l'organe, se joignaient les altérations suivantes :

Les muscles psoas des deux côtés du bassin offraient plusieurs collections purulentes d'un volume assez considérable : le liquide était rassemblé au centre même de ces muscles, en foyers exactement circonscrits.

Les fibres charnues qui se trouvaient en contact avec le pus, étaient grisâtres et ramollies ; mais hors de là elles avaient conservé leur rougeur, leur consistance et tous leurs caractères ; on trouvait plusieurs foyers de même nature dans le muscle iliaque du côté droit, et un autre plus petit dans l'épaisseur du triceps fémoral. Les autres organes, et en particulier le cerveau, furent disséqués avec beaucoup de soin, et n'offrirent rien de remarquable.

Obs. IXe — *Fièvre puerpérale avec phlébite utérine ; abcès dans les muscles des jambes, de la cuisse, des avant-bras, et dans l'articulation du genou.* — Elisabeth Hain...., âgée de 23 ans, délicate, sensible, fut prise de fièvre puerpérale au quatrième jour de sa première couche. L'ipécacuanha à dose vomitive, et les sangsues appliquées au nombre de 50 à la région hypogastrique, triomphèrent assez promptement des accidens. Mais le quatorzième jour, la malade, déjà en pleine convalescence, éprouva une peine très-vive dont nous igno-

râmes la cause, et répandit pendant tout le jour un torrent de larmes.

Le lendemain 15, elle avait une fièvre violente, des vomissemens fréquens, une douleur profonde et très-intense dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche. On appliqua 40 sangsues qui produisirent une amélioration sensible, mais momentanée; bientôt survint une série de symptômes graves dont la cause et la nature ne fut pas long-temps douteuse pour M. Desormeaux. Un léger délire, un air de stupeur et d'ivresse, par fois de l'agitation, la langue nette, le pouls petit et fréquent, une diarrhée fétide très-abondante, une douleur profonde dans la région hypogastrique, des nausées, quelques faibles efforts de toux qui venaient expirer à grand peine sur les lèvres de la pauvre moribonde.

Sur la fin elle se plaignait de douleurs dans les jambes et dans les avant-bras; et quoiqu'on ne remarquât à l'extérieur ni rougeur, ni rénittence des tégumens, ni gonflement des parties molles, M. Désormeaux n'en annonca pas moins l'existence de collections purulentes dans l'épaisseur des muscles.

La mort de la malade et l'autopsie du corps vinrent bientôt justifier ce diagnostic. Un pus épais et bien lié était infiltré dans l'épaisseur des muscles profonds des deux jambes; les fibres musculaires en contact avec ce liquide étaient grisâtres, ramollies; mais hors de là, elles reprenaient brusquement leur couleur et leur consistance; plusieurs petites collections, isolées, bien circonscrites, du volume d'une amande, se remarquaient en outre dans les muscles soléaire, jambier antérieur, et à la partie moyenne de la cuisse; l'avant-bras droit offrait exactement les mêmes altérations; l'articulation gauche du genou contenait aussi une certaine quantité de pus de bonne nature; la membrane synoviale avait conservé sa finesse, son poli et sa transparence naturelle.

Nous trouvâmes du reste les veines de l'utérus remplies d'un pus épais et de bonne nature; leur membrane interne grisâtre, inégale et rugueuse.

L'ovaire gauche était transformé en une petite poche encore à demi-remplie de pus, qui adhérait au rectum, et s'ouvrait dans la cavité de cet intestin par un orifice à bords inégaux et découpés; péritoine dans l'état naturel; estomac parsemé de plaques rouges; le reste parfaitement sain.

Obs. X.° — *Fièvre puerpérale avec suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques de l'utérus; abcès nombreux dans les muscles; épanchement purulent dans l'articulation du genou.*—Bouill...., primipare, âgée de 25 ans, de la constitution la plus vigoureuse, éprouva, comme la précédente, à la suite d'une couche heureuse, tous les symptômes de la phlébite utérine : bientôt se montrèrent les accidens graves qui accompagnent l'importation du pus dans le torrent de la circulation, et que nous avons déjà eu occasion d'observer tant de fois; il survint en outre de la douleur et un empâtement profond dans divers points des membres. La malade succomba, malgré l'emploi des sangsues dès le principe et des frictions mercurielles dans la seconde période.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — De larges infiltrations et de nombreux foyers purulens isolés et circonscrits, en tout semblables à ceux que nous avons déjà décrits, existaient dans l'épaisseur des muscles profonds des deux jambes, au centre du brachial antérieur, des triceps brachial et fémoral et des fessiers; l'articulation gauche du genou contenait aussi une grande quantité de pus de bonne nature, sans altération appréciable de la membrane synoviale.

Un pus épais, jaunâtre et bien consistant, qui abondait surtout à la base des ligamens larges, remplissait la plu-

part des veines de l'utérus, dont les parois nous parurent rugueuses, inégales et manifestement épaissies; plusieurs gros troncs lymphatiques étaient également gorgés du même liquide; on les reconnaissait à leur position superficielle sous le péritoine, à leur marche flexueuse sur les parties latérales de l'utérus et dans l'épaisseur des ligamens larges, à leur disposition par rapport aux veines, à la ténuité de leurs parois, qui s'affaissaient aussitôt qu'on les incisait; enfin, aux renflemens considérables qu'ils offraient d'espace en espace, renflemens tels, qu'il eût été facile de les confondre avec des collections purulentes développées dans le tissu même de l'utérus; ces vaisseaux pouvaient être facilement suivis le long de la veine ovarique jusqu'aux ganglions lombaires qui étaient mous, tuméfiés et infiltrés de pus.

Le tissu de l'utérus ainsi que ses annexes n'offraient du reste aucune altération. Le péritoine contenait une petite quantité de sérosité louche. Les autres organes étaient sains.

Nous pourrions augmenter encore le nombre de ces observations, si nous ne craignions de donner trop d'étendue à ce travail. Les cas de cette nature ne sont point en effet très-rares : aussi, quoique la marche insidieuse et en quelque sorte subreptice de ces abcès, l'incertitude des signes qui en caractérisent le développement et souvent l'absence de tout symptôme, soient bien propres à tromper la vigilance du médecin le plus attentif, et à lui dérober la connaissance de beaucoup d'altérations de cette nature; on en rencontre cependant un certain nombre d'exemples dans les auteurs qui ont écrit sur la fièvre puerpérale, et en particulier dans l'ouvrage de Leake, de Doublet, dans l'ancien Journal de médecine, etc., etc.

Quelques observations relatées dans le livre des Epidémies d'Hippocrate offrent même certains symptômes qui

pourraient être rapportés à l'altération qui nous occupe : tels sont les douleurs fixes observées dans certains points de la jambe et de la cuisse chez la femme d'*Epierate* et chez celle de la *fontaine froide*, qui succombèrent évidemment à des fièvres puerpérales; mais, sans remonter si loin, nous trouvons des observations semblables dans plusieurs thèses récentes, dans le Mémoire de M. Dance, etc., etc. Je dois ajouter aussi que M. Désormeaux en a observé un grand nombre consignées dans des cahiers qu'il a bien voulu me communiquer. Si nous reportons un instant notre attention sur les observations précédentes, il nous sera facile de voir que ces collections purulentes diffèrent essentiellement des abcès ordinaires; ceux-ci en effet n'affectent que rarement l'épaisseur des muscles; ils occupent surtout les intervalles celluleux qui séparent ces organes ou leurs divers faisceaux, le pourtour des os, le tissu cellulaire sous-cutané, etc., etc.; ils se forment d'une manière plus ou moins rapide, mais toujours graduée et régulière; ils sont généralement accompagnés d'un violent appareil de douleur : on voit constamment, même dans les plus profonds de ces phlegmons, les tégumens revêtir une teinte violacée, ou présenter une tension et une rénittence caractéristique.

Ajoutez à cela que l'inflammation ordinaire ne se borne point à certaines limites précises et bien définies, de manière à former des collections purulentes exactement circonscrites, comme celles que nous avons eu occasion d'observer; mais qu'elle est le plus souvent diffuse; qu'elle ne sévit point au même degré dans tous les points qu'elle occupe, et que, dans tous les cas, elle ne disparaît qu'insensiblement et par une sorte de fusion avec les parties environnantes.

Or, nous le demandons, ces caractères se retrouvent-ils dans les abcès observés plus haut.

C'est le centre des muscles qu'ils occupent constamment, et non leurs intervalles celluleux, disposition que nous chercherons à expliquer tout-à-l'heure. La douleur qui les accompagne est médiocre, et telle que la distension mécanique des parties suffit pour en rendre compte.

On ne voit point les tégumens changer de couleur ni d'aspect; les muscles sont bien ramollis, mais seulement dans le point où ils sont imbibés de pus; hors de là, ils reprennent leur couleur, leur consistance, leur forme naturelle; souvent même le pus existe par petits foyers isolés et au milieu des muscles qui n'ont point changé d'aspect, et où il paraît en quelque sorte déposé. Que dire d'ailleurs de la singulière multiplicité de ces foyers et de la rapidité de leur formation dans les parties les plus éloignées les unes des autres? Voit-on une inflammation ordinaire occuper ainsi *vingt points différens, y sévir partout avec la même violence*, et se terminer partout de la même manière?

Si en même temps il existe dans l'économie une cause générale, manifeste et en quelque sorte palpable, qui puisse expliquer tous ces effets divers; si nous surprenons le pus tout formé dans les vaisseaux de l'utérus, d'où nous le voyons en quelque sorte se porter dans toutes les voies de la circulation avec le sang qui lui sert de véhicule; si des symptômes caractéristiques annoncent d'une manière presque certaine cette importation du pus au sein de tous les organes, et précèdent constamment les abcès en question, au point que l'apparition de ceux-ci suffit pour faire soupçonner le développement de ceux-là, n'avons-nous pas mille raisons de croire que ces collections purulentes, comme celles des poumons, du foie, du cerveau, qu'on observe en pareil cas, ne sont point l'effet d'une inflammation ordinaire; mais le résultat d'un travail particulier ou d'un simple dépôt au sein du tissu musculaire.

On objectera peut-être que cette hypothèse, bien qu'admissible pour le poumon, le foie, qui sont les principaux centres de la circulation veineuse, ne peuvent plus s'appliquer aux muscles, qui ne reçoivent qu'une quantité de sang bornée. Mais ne sait-on pas qu'un nombre considérable de veines se distribue à ces organes? Et, d'ailleurs, l'expérience n'a-t-elle pas déjà prononcé? Des injections de mercure faites par M. Cruveilhier dans les veines des animaux, n'ont-elles pas produit de nombreux épanchemens dans les muscles, en même temps qu'elles en ont déterminé dans les principaux viscères? Mais dans les observations rapportées plus haut, les collections purulentes étaient bornées aux muscles, et il n'en existait point de traces dans les autres organes. Nous répondrons encore à cette objection par une expérience de M. Cruveilhier. « J'ai vu souvent, dit-il, le mercure traverser le système capillaire pulmonaire de quelques sujets, et se nicher spécialement dans l'épaisseur des muscles, dans les cavités séreuses. » Il est difficile, sans doute, d'expliquer ces différences, mais les faits existent : devant eux doivent tomber les explications.

D'après ces considérations, il me paraît très rationel d'admettre que ces collections purulentes des muscles et des articulations qui se lient fréquemment à la phlébite, ne sont qu'un effet direct et immédiat de l'absorption du pus et de son mélange avec le sang : or, voici comment on peut concevoir le phénomène; tantôt un certain nombre de molécules purulentes se fixent dans l'épaisseur des muscles, se déposent à la surface des membranes séreuses, agissent alors à la manière de l'épine inflammatoire, et deviennent centre d'une inflammation exactement circonscrite qui se termine très-rapidement par suppuration; c'est en effet de cette manière qu'on voyait agir les globules mercuriels dans les expériences de M. Cruveil-

hier; tantôt, au contraire, le pus paraît déposé en nature dans ces parties sans aucun travail local.

Ce dernier mode de formation est plus difficile à admettre que le premier et plus susceptible de contestation; toutefois, il me semble difficile d'expliquer autrement le développement de quelques-uns de ces petits foyers isolés que nous avons rencontrés dans l'épaisseur des muscles, d'ailleurs sains, et surtout certaines collections purulentes que M. Desormeaux a quelquefois vues se former immédiatement au-dessous de la peau, sans la moindre apparence de travail inflammatoire et avec une promptitude surprenante.

On objecte que les lois de la physiologie sont en opposition directe avec de semblables faits; mais on oublie trop que l'acte de la nutrition n'est, en dernière analyse, que le résultat d'un dépôt analogue, seulement constant et régulier. Or, si les vaisseaux vont incessamment se décharger dans les organes de certaines particules destinées à en réparer le tissu, pourquoi ne se débarrasseraient-ils pas de la même manière des principes hétérogènes qu'ils contiennent.

Mais en voilà assez sur ce sujet, et nous reprenons notre rôle d'historien.

Dans toutes les observations précédentes, nous avons vu les accidens typhoïdes, suite constante de la phlébite utérine et de l'absorption du pus, se terminer par une mort rapide. Mais on n'aurait point une idée exacte de la maladie qui nous occupe si on se bornait à l'étude de ces faits.

Les accidens ne sévissaient point toujours avec la même violence; souvent l'affection, moins grave dans son principe, disparaissait graduellement à l'aide d'un traitement bien entendu, et se terminait par le retour à une santé parfaite.

Obs. XIe — *Fièvre typhoïde consécutive à la phlébite utérine, terminée par la guérison.* — Vel....., âgée de 22 ans, enceinte pour la première fois et d'une bonne santé, accoucha heureusement peu de temps après son entrée dans la maison.

Le quatrième jour, elle éprouva quelques frissons et se plaignit du ventre. Bientôt les douleurs abdominales devinrent très-aiguës; il s'y joignit des nausées avec amertume de la bouche et sentiment de poids à l'épigastre; en même temps les lochies disparurent et les seins s'affaissèrent : M. Desormeaux prescrivit dix-huit grains d'ipécacuanha, qui furent suivis de quelques vomissemens bilieux et de sueurs, et pour le soir une application de cinquante sangsues à l'hypogastre. Le lendemain, la malade se sentit fort soulagée. Le 7, elle ressentit encore des douleurs, que l'on combattit par une nouvelle application de sangsues. Le 9, la sensibilité du ventre disparut entièrement, mais la fièvre continua.

Le 12, elle éprouva de l'agitation, et tomba ensuite dans un état d'affaissement et dans un délire taciturne. Les jours suivans, elle offrit les signes d'un engorgement pulmonaire circonscrit qui nécessita l'application d'un vésicatoire; elle avait, du reste, l'air abattu, le regard languissant, les mouvemens lents et mal assurés, le pouls petit et faible; elle délirait chaque nuit et laissait échapper involontairement ses matières fécales; on la mit à l'usage de la décoction de quinquina.

Au dix-septième jour, il survint une large escarrhe aux grandes lèvres et au sacrum.

Le 19, la langue commença à s'humecter, le pouls se releva et la physionomie reprit son expression naturelle; dès-lors l'amélioration fit des progrès rapides, et la malade ne tarda pas à sortir en pleine convalescence.

Obs. XIIe — *Fièvre typhoïde consécutive à la phlé-*

bite utérine, terminée par la guérison. — Grandj......, âgée de 23 ans, pâle, lymphatique, éprouva, à la suite d'un accouchement long et pénible, une perte très-abondante, qui ne céda qu'aux injections froides et aux applications de même nature.

Le lendemain, elle fut prise de violentes douleurs à l'hypogastre avec vomissemens et fièvre : deux applications de quarante sangsues chacune faites à peu de distance, des bains de siége, des fomentations émollientes, produisirent un soulagement notable. Les douleurs abdominales disparurent complètement, mais la fièvre persista.

Bientôt il se forma une large escarrhe à la région du sacrum; la malade tomba dans un état de stupeur et d'engourdissement profond : elle avait la face violacée, la langue sèche, les membres tremblans; elle éprouvait en outre une diarrhée abondante, délirait constamment et paraissait insensible à tout ce qui se passait autour d'elle : on lui donna pour boisson une infusion de quinquina avec une petite quantité d'opium. Peu à-peu les choses changèrent de face, les accidens s'amendèrent, la physionomie se ranima, la malade recouvrit un peu de force, de la gaîté, et il ne lui resta bientôt plus d'autre mal qu'un large ulcère au sacrum, dont la guérison fut très-longue et très-difficile.

S'il est impossible de démontrer l'existence de la phlébite utérine dans les observations précédentes, au moins existe-t-il, en faveur de cette altération, des probabilités qui équivalent presque à la certitude.

Les douleurs hypogastriques, les vomissemens, la fièvre, qui se sont montrés chez ces deux malades peu de temps après l'accouchement, annonçaient l'existence d'une affection de l'utérus : mais dans quel point de l'organe existait cette inflammation ? En occupait-elle le corps,

le tissu cellulaire environnant, ou l'enveloppe péritonéale? Etait-elle bornée à quelques-uns de ses annexes ou bien à ses vaisseaux? C'est ce qu'il était difficile de décider d'abord : mais bientôt les douleurs, combattues par d'abondantes saignées locales, diminuent progressivement et finissent par disparaître, et aux symptômes inflammatoires on voit succéder les accidens qui annoncent ordinairement l'absorption du pus et son transport dans toute l'économie.

Dès-lors, l'existence de la phlébite utérine n'est guère douteuse; car seule elle peut produire des symptômes semblables : il est probable, toutefois, que l'inflammation n'a point été très-intense ni très-étendue, et que le pus n'a été versé dans l'économie qu'en médiocre quantité : on ne retrouve point, en effet, dans ces observations, et la marche rapide, et l'effrayante gravité des symptômes que les autres cas nous ont offertes; on voit, au contraire, les accidens se développer peu-à peu, croître et disparaître insensiblement comme dans les fièvres typhoïdes ordinaires, dont ces maladies présentent réellement le tableau le plus frappant.

C'est qu'en effet, comme le prouvent tous les faits précédens, la seconde période de la phlébite utérine n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde : observation importante, selon nous, et propre à jetter quelque jour sur la nature de cette dernière maladie, surtout si on la rapproche des expériences de MM. Gaspard, Dupuy, etc., qui en ont déterminé à volonté les symptômes en injectant du pus ou des matières putrides dans les veines des animaux.

Cette fièvre typhoïde, produite tantôt par l'introduction du pus dans l'économie, tantôt par la simple absorption de miasmes putrides, offre, avec la maladie si bien décrite par M. Bretonneau, plusieurs traits de ressem-

blance; mais pour peu qu'on observe ces deux maladies, on trouve entre elles tant de différences essentielles, qu'on ne peut véritablement les confondre que par la plus étrange prévention.

La dothinentérie offre certaines phases de développement constantes, régulières, qui répondent à certaines altérations anatomiques également régulières et toujours identiques. La fièvre typhoïde, au contraire, comme nous aurons encore occasion de l'observer dans les faits qui suivent, ne présente ni règle dans la marche des symptômes, ni éruption intestinale.

Les mots de dothinentérie et de fièvre typhoïde représentent donc deux types morbides différens, d'abord confondus sous une dénomination commune, mais qui, aujourd'hui, ne peuvent plus l'être.

Les fièvres typhoïdes observées à la suite des couches ne sont pas toujours dues à la même cause que les précédentes : souvent, en effet, on voit cette maladie se développer après la couche primitivement et sans que l'appréciation des symptômes observés pendant la vie et l'examen des organes après la mort annoncent en aucune façon l'existence d'une phlébite utérine, d'une métrite ou de toute autre altération.

Cette question se lie d'une manière intime à celle de la fièvre puerpérale, et il ne sera point inutile de citer ici quelques faits propres à l'éclaircir.

Obs. XIII.e — *Fièvre typhoïde primitive survenue à la suite d'un accouchement laborieux et d'une perte abondante.* — Garn....., âgée de 30 ans, d'une bonne santé, entra à la Maternité le 2 août 1819, et y accoucha quelques jours après de son premier enfant. Le travail fut très-long et très-douloureux. L'inertie de l'utérus nécessita l'emploi du forceps, et la délivrance fut suivie d'une

perte abondante, qu'on n'arrêta que difficilement à l'aide des injections et des applications froides.

Le lendemain, les lochies coulaient abondamment; la malade était pâle et très-abattue; elle éprouvait dans la région hypogastrique quelques douleurs profondes qui faisaient craindre l'invasion d'une métrite. M. Desormeaux prescrivit une application de 50 sangsues sur l'abdomen et un bain de siége. Le troisième jour, elle eut la fièvre accompagnée de chaleur et de soif. Les lochies continuaient à couler; toute douleur abdominale avait disparu. Le 5 il survint de larges escarrhes aux grandes lèvres, de la diarrhée et de l'engourdissement. Le 8, elle eut de l'agitation, du délire et plusieurs émissions involontaires de matières liquides très fétides; sa langue était desséchée, son pouls fréquent et irrégulier; ses traits, ses mouvemens, toute son habitude, exprimaient une prostration profonde.

Le 11, elle s'affaissa de plus en plus, éprouva de la difficulté à avaler, se refroidit et succomba.

Dans le principe, on lui faisait boire une tisane de riz; plus tard on la mit à l'usage de la décoction de quinquina, et on lui donna des pilules composées d'extrait de quinquina et de camphre en parties égales.

Autopsie 30 heures après la mort. — Le cadavre offrait déjà un commencement de décomposition; nous trouvâmes les grandes lèvres converties en une escarrhe épaisse et profonde, l'utérus volumineux, son tissu flasque, mais parfaitement sain, ainsi que ses vaisseaux, qui furent disséqués avec grand soin; sa surface interne recouverte d'un sang brun, partie liquide, partie coagulé: l'estomac et l'intestin parfaitement blancs sans aucune altération de consistance ni dépaisseur, les plaques de Peyer à peine appréciables, les poumons engoués, le cœur mou et comme flétri; les cavités remplies d'un sang fluide;

la substance cérébrale très-molle et d'une pâleur remarquable. Les autres organes étaient du reste dans l'état naturel.

Obs. XIVe — *Fièvre typhoïde, suite de couches, diathèse gangréneuse, désorganisation de l'estomac.* — Berge...., âgée de 24 ans, lymphatique nerveuse et très-irritable, éprouva au commencement d'une première grossesse des vomissemens et des douleurs d'estomac que l'on combattit par la saignée générale et plusieurs applications de sangsues; au troisième mois, elle fut prise à la suite d'efforts violens, d'un engorgement inflammatoire du genou, et vint se faire traiter à l'Hôtel-Dieu; elle en sortit au bout de cinq mois, à-peu-près guérie, mais épuisée à la fois par des souffrances très-vives, un traitement debilitant et un séjour prolongé dans l'hôpital.

Entrée bientôt après à la Maternité, elle y accoucha heureusement et n'éprouva d'abord aucun accident; mais le huitième jour elle fut prise de fièvre et de diarrhée; presqu'aussitôt la langue se dessèche et se couvre d'un enduit brun très-épais; la face se décompose, les idées se troublent; plus tard le délire est continuel, le regard égaré, les membres tremblans, l'écoulement des matières fécales involontaire, le pouls petit, fréquent, irrégulier.

En même temps de larges et profondes escarrhes se développent sur différens point du corps, aux mamelles, qu'elles envahissent bientôt en totalité, au sacrum, à la partie autérieure des cuisses, aux deux talons; sur la fin, il survient quelques nausées, de faibles efforts de toux, une sueur visqueuse très-abondante, une longue et pénible agonie et la mort au dixième jour de l'invasion.

Les boissons acidulées, l'extrait de quinquina combiné avec diverses eaux aromatiques, les vésicatoires aux jambes, les pansemens avec la poudre de quinquina et l'alcohol camphré avaient été employés pendant le cours de la maladie.

Autopsie vingt heures après la mort. — Une escarrhe sèche et très-épaisse occupait en grande partie les deux mamelles et toute la surface du sacrum.

Les lèvres de la vulve, une grande partie des tégumens de la cuisse, les talons offraient la même dégénérescence gangréneuse. L'estomac était percé à son grand cul de sac d'une large ouverture, à bords mous, frangés et d'une couleur noirâtre qui se fondait insensiblement avec la teinte blanchâtre du reste de l'organe; on ne remarquait du reste au pourtour de la perforation et dans les autres points de l'estomac aucune trace de phlogose.

L'intestin grêle était parfaitement blanc et rempli d'une grande quantité de matières brunâtres d'une extrême fétidité; le cœur mou, flasque, gorgé d'un sang fluide et séreux; le poumon droit hepatisé dans un point très-limité de son lobe inférieur; le cerveau décoloré, le péritoine, l'utérus et ses annexes étaient dans un état d'intégrité parfait.

Ces observations présentent quelques différences dans la forme, mais elles sont identiques dans le fond.

Toutes deux en effet offrent des exemples de fièvre typhoïde de la nature la plus grave et du caractère le plus fortement dessiné; mais si on les compare à celles que nous avons rapportées précédemment, on est aussitôt frappé d'une différence importante.

Dans les unes, en effet, l'affection typhoïde ne se manifeste que consécutivement à la suppuration de l'utérus ou de ses vaisseaux, et au transport de pus dans les voies de la circulation.

Dans les autres, au contraire, cette affection se développe primitivement et indépendamment de toute altération appréciable. La marche des symptômes et l'état des organes ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. La première de nos malades éprouve, il est vrai, le lende-

main des couches, quelques douleurs à l'épigastre, mais ces douleurs vont en décroissant, et d'ailleurs elles n'influent ni sur le pouls qui reste calme, ni sur les lochies qui s'établissent régulièrement, ensorte qu'on ne peut raisonnablement les attribuer qu'à la fatigue de l'utérus, suite d'un travail long et difficile, et de l'application du forceps. Chez l'autre femme, on n'observe pas la moindre douleur abdominale, et d'ailleurs c'est au début même que paraissent les accidens typhoïdes; enfin, chez l'une et l'autre de ces malades, une dissection attentive ne décèle aucune trace d'altération ni dans le péritoine, ni dans l'utérus et ses annexes, et l'état des organes se trouve ainsi d'accord avec la marche des symptômes.

Nous avons avancé plus haut, suivant en cela l'opinion de M. Desormeaux, qu'un grand nombre de fièvres *puerpérales putrides*, observées par les auteurs, peuvent se rapporter à la phlébite utérine dont ils ont méconnu l'existence; mais il faut bien aussi reconnaître, avec le savant professeur, que plusieurs de ces maladies sont des affections primitives qui se rapprochent beaucoup de celles dont nous venons de faire l'histoire. Le développement de ces maladies se lie-t-il d'une manière directe et immédiate à l'état de couche, ou bien est-il purement fortuit et accidentel? Telle est la question qui se présente naturellement et qui mérite d'être examinée.

On ne saurait nier que les anciens n'aient attribué à l'état puerpéral plus d'influence qu'il ne doit en avoir; frappés qu'ils étaient de l'incontestable spécialité de cet état de la femme, ils ont cru voir dans toutes les maladies qui peuvent se developper après l'accouchement, quelque chose de cette spécialité: appliquant ainsi indistinctement l'épithète de puerpérale à tous les cas, ils ont englobé sous la même forme les affections les plus dissemblables; et comme il arrive aujourd'hui pour l'in-

flammation, à force de généraliser ils sont tombés dans le vague et la confusion.

Plus tard les travaux de Pinel, de Bichat, enfin ceux des médecins de nos jours, en restreignant le cadre, autrefois si vaste, des fièvres puerpérales à l'inflammation du péritoine et de l'utérus, en ont fait disparaître les affections souvent disparates qu'on y avait fait entrer jusque-là.

Si on voulait seulement exprimer ce fait, que les différentes affections qui surviennent après la couche ne sont point toutes des fièvres puerpérales proprement dites, c'était assurément faire un grand progrès; mais si on prétendait en outre établir que ces affections sont toujours indépendantes de l'accouchement, n'était-ce pas aller trop loin? Il ne nous semble point en effet très-difficile de démontrer que les cas de fièvres typhoïdes dont nous venons de faire l'histoire, se lient étroitement à cet acte.

Quoique la parturition soit une fonction naturelle, il n'est guère possible de nier, que même dans les cas les plus simples, elle n'imprime à l'économie une violente secousse, un ébranlement général dans lequel on peut reconnaître déjà quelques-uns des traits de la fièvre typhoïde : « Les douleurs, dit M. Desormeaux, dans le tableau si vrai qu'il a tracé de cette fonction, les dou»leurs affectent vivement la sensibilité et déterminent un »agacement considérable..... Le pouls devient dur, fré»quent; la chaleur du corps augmente; le visage s'anime »et se colore; les lèvres, la langue se sèchent...... Il y a »une agitation universelle et très-grande..... Plus tard, »l'agitation est extrême; les efforts s'accompagnent d'un »tremblement convulsif : quelquefois même les fonctions »intellectuelles sont troublées dans les cas ordinaires. » Ce trouble passager ne peut être regardé comme un état pathologique, pas plus que celui déterminé par la co-

lère, toutes les passions; mais que ce violent appareil de douleur vienne ébranler un corps déjà usé par la maladie, la diète, l'air des hôpitaux, ou qu'il se prolonge long-temps au-delà de ses limites naturelles; que des pertes abondantes ajoutent encore à l'épuisement produit par les souffrances, les efforts, comme nous l'avons vu dans nos deux dernières observations, pense-t-on que ces causes ne soient point suffisantes pour expliquer le développement de la fièvre typhoïde?

« Lorsqu'un accouchement laborieux ou contre-nature » n'a pu se terminer, dit le docteur West, dans sa Dissertation inaugurale; lorsqu'il a été trop long-temps différé, » que l'utérus s'est consumé en vains efforts, que ses » parois sont fatiguées, contuses, on observe plutôt les » signes avant-coureurs de la mort que les symptômes » d'une maladie; l'œil est terne et sec; les traits sont décomposés, la voix éteinte, la peau plombée, couverte » de sueur froide, le pouls misérable. Bientôt les douleurs » cessent; il semble que la sensibilité soit usée : les facultés intellectuelles se troublent ou restent comme engourdies; aux sueurs froides succède quelquefois une exaspération fébrile, et la malade succombe en 24 ou » 48 heures. »

Ne retrouve-t-on pas dans ce tableau les caractères de la fièvre typhoïde dans son plus haut degré; et, nous le demandons, n'existe-t-il point entre ces symptômes et le fait de l'accouchement, la corrélation la plus évidente?

Si d'ailleurs nous portions l'observation hors du cercle des maladies puerpérales, il nous serait facile de citer à l'appui de cette opinion une multitude de faits analogues; nous rappelerions que toutes les grandes douleurs, celles des opérations chirurgicales, des brûlures étendues, sont quelquefois suivies, comme celles de l'accouchement, de symptômes typhoïdes : nous nous appuyerons de la pro-

duction de ces maladies charbonneuses, qu'on voit se manifester chez les animaux surmenés, et qui ont tant d'analogie avec l'affection qui nous occupe; mais il nous suffira d'avoir indiqué ces analogies auxquelles nous ne pouvons donner ici plus d'étendue, et nous passerons à l'étude d'une autre altération.

§. III. *Du ramollissement ou putrescence de l'utérus.* — La putrescence ou ramollissement de l'utérus, altération long-temps méconnue, est devenue de nos jours le sujet de nombreuses recherches, surtout chez les allemands, qui en ont singulièrement éclairé l'histoire. Tout récemment encore, M. Luroth de Strasbourg, et mon collègue et ami M. le docteur Danyau, en ont donné de fort bonnes descriptions qui ne nous laissent que peu de choses à en dire. Aussi ne parlerons-nous de cette affection qu'en ce qui touche la période dont nous avons entrepris de donner l'histoire, et seulement pour ne point laisser incomplet le tableau que nous en voulons tracer.

Le ramollissement de l'utérus, après s'être montré fréquemment dans la première moitié de l'année, et surtout dans les environs de janvier, disparut ensuite presqu'entièrement pendant les mois de juillet et août, qui furent surtout caractérisés par la fréquence des phlébites utérines; puis on le vit de nouveau sévir avec violence, en septembre et octobre, et disparaître encore dans les deux derniers mois, pendant lesquels la mortalité fut, du reste, peu considérable.

Il affectait deux formes principales, dont Boër, et à son exemple, M. Luroth, ont fait deux malades distinctes: le ramollissement, proprement dit, et la putrescence, qui ne sont évidemment que les degrés différens d'une même affection, comme l'a déjà remarqué M. Désormeaux (*Dictionn. de méd.*). Dans la première forme, le ramollissement ne faisait, en quelque sorte, qu'efflcu-

rer la surface interne de l'utérus : il se présentait sous l'apparence de plaques superficielles, d'une couleur rougeâtre ou brune, d'une forme irrégulière, qui occupaient à-peu-près indistinctement tous les points de cette surface. Les limites n'en étaient point rigoureusement déterminées : le tissu malade se fondait, au contraire, avec le tissu sain par des nuances et une gradation insensibles.

Dans la seconde espèce, le ramollissement s'étendait en profondeur en même temps qu'en surface ; il occupait quelquefois toute l'épaisseur du corps ou du col de l'utérus : le tissu de cet organe était alors si mou que les doigts ne pouvaient le saisir sans le pénétrer de toutes parts.

Dans les deux cas, les parties ramollies avaient une odeur putride très-prononcée : toutefois nous ne voudrions point affirmer que cette odeur appartînt aux tissus altérés : il nous a souvent semblé, au contraire, qu'elle était propre à la couche putrilagineuse qui recouvre presque constamment, dans ce cas, la surface interne de l'utérus, et qu'on observe d'ailleurs dans beaucoup d'autres circonstances.

Le ramollissement superficiel se liait presque constamment à quelqu'autre altération, péritonite, métrite, phlébite utérine, et il ne nous a point semblé que le fait de son existence eût une influence bien sensible sur la marche des symptômes.

Le ramollissement au second degré était aussi uni quelquefois à d'autres désordres ; mais il formait ordinairement l'altération principale, souvent même la seule, et imprimait constamment à la maladie le caractère typhoïde le plus prononcé et la marche la plus rapide.

Le fait suivant et plusieurs de ceux rapportés par M. Danyau, peuvent en fournir la preuve.

Obs. XVe. — *Putrescence de l'utérus accompagnée de*

symptômes graves, et terminée par la mort en 24 heures. — Roy....., âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, heureusement accouchée le 10 octobre, éprouva, dans la nuit du 12, quelques douleurs abdominales accompagnées de frissons.

Le matin elle avait le ventre tendu, sensible à la pression ; les traits tirés; la langue sèche; le pouls petit et fréquent. Les lochies étaient remplacées par un écoulement fétide et puriforme. Dans la journée elle eut du délire et de l'agitation; le soir même elle tomba dans un assoupissement profond, se refroidit, et ne tarda pas à succomber, 24 heures environ après l'invasion.

On fit dès le principe une application de sangsues sur le ventre, à laquelle on joignit presqu'immédiatement l'emploi de l'onguent mercuriel à haute dose.

Autopsie. — L'utérus, à peine revenu sur lui-même, remplissait toute la cavité du bassin; il était réduit dans les deux tiers environ de son corps, et dans la totalité de son épaisseur, en une pulpe brune qui n'offrait plus de traces d'organisation, et s'écrasait avec la plus grande facilité sous le doigt. Sa surface interne était couverte d'une couche épaisse de matières demi-fluides, brunes et très-fétides. La cavité du péritoine contenait une petite quantité de sérosité sanguinolente; tous les organes étaient mous et flasques. Le sang nous parut en grande partie liquide et d'une couleur terne, analogue à du jus de pruneaux.

Des matières septiques, absorbées sans doute pendant l'autopsie, par une excoriation du doigt, donnèrent presqu'immédiatement lieu au développement d'accidens locaux et généraux de nature grave; et cependant ces propriétés délétères n'étaient point le résultat de la putréfaction; car la mort ne datait que de dix-huit heures, et le cadavre n'avait pas encore subi la moindre décomposition.

Quelle est la nature de cette altération ? Est-ce une véritable dégénérescence gangréneuse ? est-ce au contraire un simple ramollissement analogue à celui qu'on observe dans d'autres organes, le cerveau, le cœur, l'estomac, etc. ? Dans tous les cas, l'inflammation peut-elle en être regardée comme la cause ? Telles sont les questions auxquelles l'étude de cette altération peut donner lieu.

La couleur brune des parties ramollies, l'odeur fétide qu'elles exhalent, enfin le fait même du ramollissement, sont évidemment les seules bases sur lesquelles on puisse fonder l'idée de gangrène. L'existence de ces divers caractères suffit-elle pour justifier cette opinion ? nous n'oserions l'affirmer. La couleur brune n'est point toujours un effet constant et surtout immédiat de la gangrène ; elle se montre d'ailleurs dans plusieurs autres altérations tout-à-fait étrangères à la précédente, dans quelques ramollissemens de l'estomac, de l'œsophage, etc. ; l'infiltration d'une certaine quantité de sang dans la trame des tissus suffit pour la produire, etc.

Le ramollissement témoigne plutôt, suivant nous, contre cette espèce de dégénération, qu'en faveur de son existence. Dans les gangrènes profondes qui affectent l'épaisseur des muscles, et que l'on peut comparer par conséquent à celle qui occuperait l'estomac, les tissus mortifiés sont bien flasques et comme flétris, mais ils n'offrent pas cette mollesse qui permet au doigt de les pénétrer. Quant à l'odeur, nous avons déjà dit qu'elle nous semblait moins propre aux parties altérées, qu'aux matières putrides qui séjournent à la surface de l'organe. A ces considérations on peut encore, ce nous semble, en joindre une autre plus décisive : l'altération qui nous occupe diminue progressivement, et se fond d'une manière insensible ; la gangrène au contraire est toujours limitée et circonscrite. On ne peut en effet admettre de degrés dans la mortification, tandis qu'on en conçoit dans le ramollissement.

Cette altération n'est-elle donc qu'un simple ramollissement? Nous serions tentés de le croire. Mais l'inflammation y joue-t-elle quelque rôle? Cette opinion est celle de Pfeuffer, de Wenzel; c'est celle qu'adopte M. Danyau. Le professeur Boër, Jœrg, et la plupart des allemands, suivant M. Luroth, se rangent à l'avis contraire, et chacun cite à l'appui de son sentiment des raisons qui ne sont pas sans valeur; mais cette discussion nous semble mal posée. La question importante, en effet, n'est pas de savoir s'il y a inflammation; car il y a aussi inflammation dans la pustule maligne, le charbon, ainsi que l'a très-bien remarqué M. Désormeaux à ce sujet; le point important, c'est de savoir si l'élément inflammatoire est accessoire et secondaire, ou s'il est essentiel et fondamental : or, il est évident qu'ainsi posée, la question ne saurait être douteuse.

Une inflammation ordinaire, si vive qu'elle soit, offre dans son développement diverses phases successives et régulières, certains symptômes constans et déterminés, qu'on ne retrouve point dans le cas qui nous occupe; elle ne présente guère dès son début les graves accidens qui accompagnent presque constamment le ramollissement de l'utérus; enfin, elle ne brise point la vie avec une si terrible rapidité, surtout lorsqu'elle affecte un organe qui n'est point immédiatement nécessaire à l'existence : il me semble évident, d'après cela, que l'inflammation n'est ici qu'un phénomène accessoire, un élément facultatif, une sorte de voile derrière lequel se cache la cause véritablement active.

Maintenant, quelle est cette cause? c'est là que gît véritablement toute la difficulté de la question. Nous avons bien de fortes raisons pour la rapporter à une altération du sang; mais il faut avouer cependant que ce n'est qu'une hypothèse que les faits ne justifient point encore suffisamment.

Telles sont les altérations nombreuses que nous avons observées dans la fièvre puerpérale, maladie déjà très-complexe sous le rapport des lésions anatomiques, et qui ne l'est pas moins, comme nous le verrons plus tard, sous celui des symptômes.

Le tableau suivant donnera une idée générale de ces diverses altérations, et des rapports numériques suivant lesquels elles se présentaient les unes par rapport aux autres.

Sur 222 ouvertures de corps faites à la suite de fièvres puerpérales, nous avons observé :

La péritonite chez.	193	individus.
Les altérations de l'utérus et de ses annexes chez.	197	
Différence en plus pour l'utérus.	4	

Les altérations de l'utérus et celles du péritoine se trouvaient diversement combinées dans. . . . . . 165 cas.

Elles existaient isolément dans.	57
Savoir : Pour le péritoine.	28
Pour l'utérus.	29

Si maintenant nous considérons séparément dans ce tableau chacune des altérations de l'utérus, comme nous l'avons déjà fait dans la description, nous trouvons :

§ I.er *Altérations du corps de l'utérus.*

Métrite simple.	79
Ramollissement superficiel.	29
Ramollissement profond.	20
Inflammation des ovaires	58
— avec abcès.	4
Total.	190

§ II. *Altérations des vaisseaux.*

Présence de pus dans les veines.	90
— dans les lymphatiques.	32
— et en même temps dans le canal thoracique.	3

Avec inflammation et suppuration des ganglions, lombaires inguinaux, etc., etc.	9
	134

Total des altérations de l'utérus 324.

On voit que ces altérations, considérées isolément, dépassent de beaucoup celles du péritoine : le nombre en est même plus élevé que celui des autopsies, résultat qui, au premier abord, peut paraître étrange, mais qui tient à la combinaison de plusieurs de ces altérations chez un même individu.

Etudions maintenant les plus importantes de ces combinaisons.

§ I.er *Suppuration des veines.*

La suppuration des veines était accompagnée de celle de l'utérus.	32 fois.
De ramollissement ou putrescence.	11
De métrite et de ramollissement réunis.	5
De péritonite indépendamment de toute autre altération.	34
Enfin, elle était entièrement isolée.	8
Total.	90

§ II. *Suppuration des lymphatiques.*

La suppuration des lymphatiques existait concurremment avec celle des veines.	20 fois.
Avec celle de l'utérus.	13
Avec ramollissement sans suppuration de cet organe.	6
Avec simple péritonite.	3
Sans aucune autre altération.	2
Total.	44

§ III. *Inflammation des ovaires.*

L'inflammation des ovaires était répartie de la manière suivante :

Avec simple péritonite.	29
Avec les diverses altérations de l'utérus. . . .	27
Avec la métrite simple.	8
Le ramollissement.	7
La suppuration des vaisseaux.	12
Avec toutes les altérations précédentes réunies.	16
Total.	62

Il résulte de ce résumé, 1.° que les altérations de l'utérus, prises dans leur ensemble, l'emportent un peu sur celles du péritoine, et qu'elles les dépassent de beaucoup si on les considère isolément; 2.° que ces deux ordres d'altérations se combinent le plus souvent entre eux; 3.° que chacune d'elles peut manquer tour-à-tour.

Ce tableau nous offre encore ce résultat remarquable, que dans 134 cas, les vaisseaux veineux ou lymphatiques de l'utérus contenaient du pus.

Que ce liquide se soit formé dans les vaisseaux eux-mêmes, qu'il y ait été apporté par absorption, c'est une question tout-à-fait secondaire : ce sont les effets qui importent, et ils sont les mêmes dans tous les cas. Or, s'il est vrai, comme nous l'avons déjà reconnu précédemment, que ces suites soient le plus souvent désastreuses, qu'au danger déjà très-grand de la maladie elles ajoutent le danger plus grand encore de l'infection purulente de toute la masse du sang, qu'on juge si la connaissance de ce nouvel élément, si grave et en même temps si fréquent, n'est pas d'une immense importance dans l'étude de la maladie qui nous occupe, s'il ne doit pas redresser bien des erreurs, expliquer bien des faits, si enfin il ne donne pas une face toute nouvelle aux fièvres puerpérales.

Nous devons remarquer à ce sujet le chiffre très-élevé des altérations du système lymphatique, des ganglions et même du canal thoracique, altérations dont les observateurs les plus modernes, et en particulier M. Dance, n'ont point parlé jusqu'ici.

Si nous nous arrêtons un instant aux différentes combinaisons des altérations de l'utérus entre elles, nous en déduirons aussi quelques considérations importantes.

Les veines contenaient du pus dans 32 cas de suppuration de l'utérus. On pourrait en conclure que la présence de ce liquide au sein des vaisseaux était un résultat de l'absorption. Mais, d'un autre côté, la même altération est constatée dans 11 cas de ramollissement de l'utérus sans suppuration, dans 34 cas de péritonite simple, enfin, chez 8 sujets qui n'offraient pas d'autre altération. Il est difficile de penser que le pus qui se trouvait dans les vaisseaux ait été pris dans le péritoine; d'abord parce qu'on ne voit pas de communication directe entre ces parties; que dans cette hypothèse l'absorption du pus se serait faite aussi par d'autres veines; qu'enfin, l'épanchement produit par l'inflammation du péritoine est le plus souvent séreux, et bien différent du pus contenu dans les vaisseaux de l'utérus.

Il faut donc au moins admettre que, dans plus de la moitié des cas, le pus s'est primitivement formé dans la cavité des veines, et douter pour le reste.

Nous pourrions étendre beaucoup ces considérations; mais nous aimons mieux laisser ce soin à la sagacité des lecteurs. Toutefois, nous ne passerons point outre sans faire ressortir une conséquence qui découle naturellement de ce tableau, c'est que la dénomination de péritonite ou métro-péritonite, comme nous l'avons dit en commençant, bien qu'applicable, jusqu'à un certain point, aux cas particuliers, ne peut l'être de même à l'espèce qui

nous occupe, et cela par plusieurs raisons : la première, c'est que chacun des élémens anatomiques dont nous venons d'exposer les caractères peut exister seul, et que, d'un autre côté, ces élémens sont susceptibles de se combiner dans les proportions les plus nombreuses, et dont le terme de métro-péritonite ne donne point une idée exacte, ensorte que tantôt cette dénomination sera trop compréhensive, tantôt, au contraire, trop rétrécie; la deuxième, c'est qu'elle englobe dans une commune idée des élémens très-différens par leur nature, le ramollissement; par leurs suites, la phlébite, et qu'elle tend ainsi à tout confondre sous une apparente unité. Troisièmement enfin, c'est qu'elle fait abstraction et de l'élément humoral, que nous avons déjà vu jouer un rôle immense dans la maladie qui nous occupe, et de l'élément nerveux, dont nous aurons occasion plus tard d'établir l'incontestable influence.

Le terme de fièvre ou de maladie puerpérale n'embrasse point, il est vrai, par lui-même toutes ces idées; mais il ne préjuge rien, il ne précise rien, et par cela même il se prête très-bien à toutes les formes de la maladie qui nous occupe; on doit donc le conserver comme l'expression la plus générale de cette maladie, sauf à désigner chacun des cas particuliers, soit par les diverses dénominations de péritonite, métro-péritonite, phlébite utérine, soit par certains caractères tirés de la cause, comme nous l'exposerons plus tard.

Pour compléter l'histoire des altérations que nous avons observées à la suite des fièvres puerpérales, il nous reste encore à parler de celles qui ne sont que secondaires, accidentelles. Nous nous bornerons à en donner le tableau suivant.

Sur 222 autopsies, nous avons trouvé :

§ I.er *Poitrine.*

(*a*) *Altérations de la plèvre.*

Savoir :	Pleurésie le plus souvent circonscrite. .	29
	Epanchement de sang.	6
	— de sérosité.	8
	Total.	43

(*b*) *Altérations du poumon.*

Savoir :	Pneumonie le plus souvent circonscrite. .	10
	Abcès du poumon.	8
	Tubercules.	4
	Gangrène.	3
	Apoplexie.	2
	Total.	27

(*c*) *Altérations du cœur.*

Dilatation.	4
Hypertrophie.	3
Péricardite.	1
Hydropéricarde.	6
Total. . . .	14

§. II. *Abdomen.*

(*a*) Altérations du tube digestif.

Ramollissement de l'estomac.	8
Perforation.	3
Ulcérations.	5
Gastro-entérite.	1
Entérite.	4
Entéro-colite.	1
Total. . .	22

(*b*) Abcès du foie.	3
— du pancréas.	2

§. III. *Altérations des muscles et des articulations.*

(*a*) Abcès dans un grand nombre de muscles. .	14
Infiltrations sanguines.	3
(*b*) Abcès des articulations.	
pubienne.	2
cubito-humérale.	2
fémoro-tibiale	6
Total. . .	21

§. IV. *Altérations du tissu cellulaire.*

Suppuration du tissu cellulaire.	
— du bassin.	6
Infiltration sanguine.	2
Total. . .	8

A ces différentes lésions s'en joignaient fréquemment d'autres, moins susceptibles d'une rigoureuse précision.

Ainsi dans un grand nombre de cas nous trouvions tous les organes gorgés de sang, les poumons, le foie, le cœur, le cerveau etc.; ou bien ils étaient ramollis, flasques et comme flétris. Des produits gazeux distendaient le plus souvent le tube digestif. La membrane muqueuse, presque constamment saine et d'une blancheur parfaite, était recouverte tantôt d'une énorme quantité de bile mêlée de mucosités, tantôt de matières brunes épaisses, fétides.

La vessie offrait de fréquentes traces d'inflammation; le périnée des déchirures et des escarrhes superficielles ou profondes, qu'on observait aussi dans d'autres points. Le sang était tantôt riche, coagulé, d'une belle coloration rouge; tantôt liquide, d'une teinte rosâtre, ou d'un aspect terne très-remarquable. Quant au cerveau, il ne nous a jamais présenté d'autre lésion que l'injection ou la mollesse qu'on retrouvait aussi dans les autres organes.

II.e PARTIE. — *Des Symptômes.*

L'étude que nous venons de faire des altérations organiques nous a déjà nécessairement fait connaître une partie des symptômes qui correspondent à ces altérations : mais nous sommes bien loin d'avoir épuisé tout ce que ce sujet offre d'important à connaître; aussi devons-nous y consacrer un chapitre spécial.

Les fièvres puerpérales que nous avons observées, considérées sous le rapport des symptômes, se présentaient avec des caractères très-différens, comme on peut déjà le pressentir par ce qui précède : ces caractères peuvent se rapporter à trois formes principales, uue forme *inflammatoire*, une forme *typhoïde*, et *une forme anomale ou ataxique*, et qui correspondent aux diverses lésions des *solides*, des *liquides* et de *l'innervation;* distinctions, non point arbitraires, non point théoriques et *a priori*, mais basées comme nous allons le voir, et sur l'appréciation des divers troubles fonctionnels et sur les données de l'anatomie pathologique.

Chapitre Ier. — De la Forme inflammatoire. — La forme inflammatoire offrait deux variétés principales : elle était tantôt franche, durable, tantôt, au contraire, éphémère et transitoire.

De ces deux variétés, la première se liait ordinairement à l'inflammation simple du péritoine, ou de l'utérus, et parmi les altérations secondaires que nous avons énumérées, l'engorgement sanguin de tous les viscères, la pleurésie, la pneumonie, l'apoplexie pulmonaire, l'hypertrophie du cœur, l'hydrothorax et l'hydropéricarde étaient celles qui s'y adjoignaient le plus souvent.

La seconde, plus fréquente, apparaissait au début de la plupart des cas où nous trouvions du pus dans les vais-

seaux et quelquefois dans la première période du ramollissement.

Elle persistait ordinairement pendant plusieurs jours, puis elle disparaissait brusquement pour faire place à un autre ordre de symptômes dont nous parlerons plus tard. Souvent elle était si fugitive, qu'à peine si la durée de son existence s'étendait au-delà d'une journée et même de quelques heures.

En jetant un coup-d'œil sur le tableau qui précède, on peut se faire une idée jusqu'à un certain point exacte de la fréquence de ces deux genres si différens d'une même affection. Si en effet on défalque de la somme totale les 132 cas dans lesquels nous avons trouvé du pus dans les vaisseaux, et les 49 faits de ramollissement, on arrivera en dernière analyse à un excédent de 39 observations, qui comprend tous les cas d'inflammation simple du péritoine et de l'utérus, et qui peut être regardé comme l'expression numérique fidèle des fièvres puerpérales franchement inflammatoires. Quant à la forme inflammatoire éphémère, nous n'avons point les données nécessaires pour lui assigner rigoureusement la place qu'elle doit occuper dans les 183 faits restans. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle est extrêmement fréquente, et qu'elle l'emporte de beaucoup sur la première. Il est facile de sentir qu'à ces différentes formes de la maladie doit être appliqué un traitement différent, et qu'ainsi l'observation de ces faits touche de très-près à l'intérêt de la thérapeutique. Nous aurons bientôt occasion de voir avec quelle habileté M. Desormeaux en tirait parti pour le traitement.

Les fièvres puerpérales inflammatoires offrent deux périodes bien caractérisées, l'une de congestion sanguine, l'autre de suppuration.

La première période s'annonçait ordinairement du deuxième au troisième jour des couches par des frissons et

une douleur tantôt bornée à une partie de l'abdomen, l'hypogastre, les fosses iliaques, tantôt étendue à tous les points de cette région : à ces premiers symptômes se joignaient bientôt la diminution ou la suppression des lochies, l'affaissement des seins, des nausées, des vomissemens, une chaleur générale, un pouls dur, fréquent.

La face rougissait et pâlissait tour à tour; les yeux étaient brillans, injectés, la tête pesante, douloureuse, la langue sèche et rouge ou revêtue d'une couche muqueuse, la soif vive, quelquefois inextinguible, et que la continuité des vomissemens empêchait souvent de satisfaire.

Il se formait presque toujours des congestions sanguines, secondaires, et suivant que ces congestions sanguines se portaient vers le cerveau, les poumons, la peau, le tube digestif, le foie, on observait une certaine exaltation dans les idées voisine du délire, de la dyspnée avec affaiblissement du bruit respiratoire, des sueurs abondantes, d'énormes sécrétions de mucosités et de bile.

Quelquefois ces congestions sanguines se faisaient par une sorte de raptus, et l'apoplexie du poumon, du foie, l'épanchement de sang dans la plèvre, dans le péricarde, en étaient la suite. La plupart de ces actes secondaires ajoutaient beaucoup à la gravité de la maladie; mais il n'en était pas toujours ainsi des sueurs et surtout des évacuations alvines : on voyait fréquemment la suspension de ces évacuations exaspérer les douleurs, et une amélioration remarquable accompagner leur retour. C'est un fait qui n'a point échappé aux observateurs anciens et en particulier à Van-Swiéten; aussi loin de chercher à arrêter ces diarrhées, c'est à les provoquer que M. Desormeaux mettait souvent son étude et ses soins. De telles évacuations en effet ne sont-elles pas pour l'économie en général une cause d'affaiblissement rapide, et pour les vaisseaux de l'abdomen en particulier un moyen de dégorgement puis-

sant, qui concourt au moins aussi efficacement à la solution de la maladie, que la diète et les évacuations sanguines provoquées par nos moyens artificiels; c'est en cela que ces évacuations nous semblent des phénomènes évidemment critiques.

La durée de cette première période est tellement variable qu'à peine si on peut lui assigner quelques limites; mais ces différences dépendent moins des idiosyncrasies et des prédispositions individuelles que de la constitution atmosphérique. Dans les affections sporadiques en effet, on remarquait encore une certaine régularité; mais dans le cours des épidémies, on n'observait plus rien de fixe ni de précis. — Le passage de la première période à la seconde était souvent accompagné d'un amendement passager et de nouveaux frissons de courte durée, et c'est sans doute cette circonstance qui a porté quelques médecins à ranger la maladie qui nous occupe parmi les fièvres rémittentes.

Lorsque l'épanchement et la suppuration étaient formées, quelquefois les douleurs diminuaient ou bien elles devenaient sourdes et profondes; mais souvent aussi elles conservaient toute leur acuité et même en acquéraient une nouvelle. En même temps, il se développait dans le tube digestif une grande quantité de produits gazeux qui distendaient énormément les parois abdominales, refoulaient le diaphragme, et ajoutaient singulièrement à la dyspnée qui existait déjà : il n'était point rare de voir dans cette période une sanie fétide s'écouler par le vagin et un liquide entièrement purulent se former dans les mamelles.

Aux congestions sanguines observées dans la première période succédaient fréquemment de véritables phlegmasies, particulièrement de la plèvre, des poumons, et les évacuations bilieuses devenaient quelquefois si abondantes qu'on ne pouvait plus les regarder que comme de véritables

et graves complications. Du reste, tantôt on voyait l'agitation, la chaleur persister jusqu'à la fin, le pouls conserver sa fréquence et sa dureté, les forces se soutenir et les malades succomber en pleine connaissance; tantôt au contraire on observait une sorte d'oppression de toutes les fonctions, une véritable asphyxie, et une mort pénible à la suite d'une longue agonie. Lorsque la maladie devait se terminer heureusement, il survenait le plus souvent des sueurs très abondantes, phénomene noté du reste par presque tous les observateurs et en particulier par Hoffmann (*Medicina ration.*, tom. IV, pag. 317,) Leake (*Child. bed. Fever*, pag. 56), Doublet, qui ont vu quelquefois ces sueurs persister pendant 24, 36 et même 75 heures.

Presque toujours aussi la diarrhée se manifestait alors, lorsqu'elle n'existait point dans le principe.

Ces divers mouvemens organiques contribuent sans doute dans beaucoup de cas à la solution de la maladie, mais souvent aussi ils n'étaient que le résultat de l'espèce d'expansion qui la suivait.

Il est presqu'inutile de dire, que dans la première période de la maladie, les guérisons étaient plus nombreuses et plus rapides; dans la seconde, au contraire, plus rares et plus difficiles.

Chapitre II. — De la forme typhoïde. —La forme typhoïde était sans contredit la plus fréquente de celles que nous ayons rencontrées; on l'observait dans presque tous les cas de ramollissement de l'utérus, et dans ceux de suppuration veineuse ou lymphatique, et cela, nous le repétons, soit que le pus se fût formé primitivement dans les vaisseaux, soit qu'il n'y eût été apporté que par absorption.

Elle était presque constamment précédée de cette forme inflammatoire éphémère dont nous avons déjà parlé, qui dans le principe se confondait quelquefois avec la pre-

mière espèce; mais qui en différait aussi le plus souvent par une marche moins franche, une allure moins décidée, une acuité moins prononcée, et toujours par son caractère fugitif et transitoire.

Peut-être objectera-t-on que si la fièvre puerpérale typhoïde est le plus souvent le résultat d'une inflammation locale, il est peu rationel d'en faire un genre à part. A cela nous répondrons que, dans la plupart des cas, c'est effectivement un effet secondaire, mais *un effet* qui devient lui-même *cause*, et *cause* si puissante, qu'il donne à la maladie une face toute nouvelle, change entièrement sa nature, et crée, par conséquent, des indications thérapeutiques spéciales : il est donc indispensable, pour ne pas tomber dans la plus monstrueuse confusion, comme la plupart des auteurs qui ont écrit sur la maladie qui nous occupe, de considérer séparément, et en lui-même, cet important élément.

Déjà les observations rapportées en détail dans la première partie de ce travail, ont pu donner une idée de la nature et de la marche des symptômes propres à la forme morbide qui nous occupe : aussi nous bornerons-nous ici à résumer succinctement dans un seul tableau les différens traits épars dans ces observations.

Les causes éloignées de la fièvre puerpérale typhoïde pouvaient se rapporter presque constamment à la suppuration des veines ou des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et au ramollissement de cet organe : la cause prochaine à une altération du sang, tantôt inconnue dans sa nature, et non susceptible de démonstration, comme dans le ramollissement; tantôt, au contraire, évidente, palpable, comme dans la suppuration des vaisseaux.

Autour de ces altérations primitives s'en grouppaient ordinairement de nouvelles, suite rigoureuse et conséquence immédiate des premières : les abcès du poumon,

du foie, du pancréas, des muscles, des articulations, les pleurésies et les pneumonies circonscrites, la gangrène du poumon, la désorganisation et la perforation de l'estomac, la flaccidité des tissus, et souvent le ramollissement de tous les organes, la fluidité, le changement d'aspect du sang, etc.

Parmi les symptômes, les uns étaient le résultat immédiat de l'absorption purulente ; les autres, au contraire, l'effet secondaire des diverses altérations organiques consécutives à l'infection du sang.

Dès le début, un certain air de langueur et d'abattement, avec ou sans diminution des douleurs abdominales, qui ne trompait guère l'œil exercé de M. Desormeaux.

Plus tard, le trouble des sens et des facultés intellectuelles, la teinte jaunâtre, quelquefois violacée de la face, un regard languissant, un œil terne et sec, des bourdonnemens d'oreille, des réponses lentes, un délire tranquille, sombre; de la stupeur, de la prostration, plus rarement de l'agitation et des cris.

A ces symptômes se joignaient constamment beaucoup de fréquence, de petitesse et d'irrégularité dans le pouls, de la dyspnée, du météorisme, des escarrhes, des sueurs visqueuses, un écoulement sanieux par le vagin, des évacuations alvines involontaires brunes, fétides, très-abondantes, et bien différentes de celles que nous avons observées dans la forme inflammatoire. La réunion de tous ces symptômes ne se rencontrait point chez chaque individu; elle ne s'observait que chez quelques-uns d'entre eux, et dans les cas les plus graves; mais toujours au moins existaient quelques-uns des traits essentiels de ce tableau, comme on a déjà pu s'en convaincre précédemment.

Au milieu de ce profond désordre des fonctions, les altérations secondaires des solides restaient quelquefois

inaperçues; le développement en était ordinairement très-rapide; les symptômes obscurs, insidieux, souvent nuls, ou tout au moins tellement confondus avec ceux de la maladie principale, qu'ils échappaient nécessairement à l'attention la plus scrupuleuse.

Au nombre des altérations le plus complètement latentes, il faut placer surtout celles du foie, du pancréas, des articulations, certains cas de pneumonie et de pleurésie très-limitées; d'autres, comme la gangrène du poumon (*Obs.* VII.e), la désorganisation et la perforation de l'estomac (*Obs.* VI.e, XIV.e), donnaient quelquefois lieu à des symptômes qui permettaient d'en soupçonner l'existence pendant la vie, mais jamais d'en saisir le début et d'en suivre la marche. Il n'en était pas de même des abcès des muscles, insidieux pourtant et susceptibles de tromper facilement un observateur superficiel, mais qui n'échappaient jamais à l'attention si éclairée et si consciencieuse que M. Desormeaux apporte dans l'examen de ses malades.

Nous nous sommes déjà assez étendus sur les caractères de ces abcès pour n'y point revenir ici : toutefois, nous devons ajouter que dans les cas où la maladie se terminait heureusement, on voyait quelquefois la matière de ces abcès se résorber graduellement sans laisser aucune trace de son existence, ou bien elle se portait peu-à-peu vers la peau, et l'évacuation en devenait nécessaire.

Si l'abcès était peu étendu, les parties revenaient facilement sur elles-mêmes : mais dans le cas contraire, il s'ensuivait quelquefois des clapiers étendus, des dénudations profondes, et un nouveau péril très-grave pour les malades.

Chapitre III. — *Forme anomale ou ataxique.* — Aux formes précédentes, qui comprenaient la plupart des faits, s'en joignait une autre que nous appellerons *anomale*

ou ataxique, et qui ne s'observait guère que dans le cours des épidémies.

Une grande irrégularité dans la marche des symptômes; de l'agitation, du délire et de l'abattement tour-à-tour; des syncopes, des accès de suffocation, des troubles passagers de la circulation et de la calorification; souvent, avec cela, les signes d'une inflammation très-intense du péritoine ou de l'utérus; et à l'autopsie, des altérations à peine appréciables, nullement en rapport avec la gravité des symptômes, et incapables d'expliquer la mort : tels sont les caractères remarquables de cette forme morbide, véritablement ataxique dans le sens primitif et rigoureux de cette expression, et dont nous croyons indispensable de donner une idée plus exacte et plus précise par l'exposition de quelques faits particuliers.

Premier Fait. — Fièvre puerpérale, avec symptômes ataxiques survenus dès le début. — Bartholo...., âgée de 21 ans, d'une bonne constitution, accoucha naturellement, le 29 août, au terme d'une grossesse heureuse: le second jour des couches, elle éprouva des frissons prolongés qui furent suivis d'une sueur abondante et de quelques douleurs abdominales : le soir même elle eut beaucoup d'agitation et un violent délire qui se prolongea fort avant dans la nuit : le matin, nous la trouvâmes calme et un peu abattue : l'abdomen était sensible à la pression; les selles liquides et d'une fréquence extrême; les mamelles vides et flasques; le pouls petit et fréquent; les lochies continuaient d'ailleurs à couler. Le quatre, elle eut une syncope et plusieurs vomissemens bilieux; le ventre se météorisa; les douleurs se dissipèrent. Le soir, il survint un violent accès de dyspnée qui fit place à une prostration profonde. Le cinq, les douleurs abdominales reparurent, et avec elles, l'agitation et le délire; en même temps la diarrhée se supprima.

Le six, elle éprouva des sueurs froides avec respiration précipitée et irrégularité du pouls, et eut encore des vomissemens et des évacuations alvines involontaires.

Le lendemain, elle se refroidit et mourut après une courte agonie. — Deux applications de 50 sangsues chacune dès le principe, plus tard des frictions mercurielles, à la dose de deux onces chaque jour, et quelques doses de calomélas, furent les divers moyens employés par M. Desormeaux.

Autopsie 24 heures après la mort. — Le péritoine offrait une petite quantité de sérosité limpide et une légère injection exactement bornée aux environs de la matrice : deux ou trois des veines utérines contenaient une sérosité légèrement trouble qui nous parut être le rudiment du pus.

Du reste, nous trouvâmes cet organe en partie revenu sur lui-même et tout-à-fait sain : la membrane muqueuse gastro-intestinale parfaitement blanche dans toute son étendue : les poumons engoués, mais crépitans : le cœur à demi rempli d'un sang brun. Le cerveau ferme, consistant et un peu injecté ; tous les autres organes dans l'état naturel.

II.e *Fait. — Fièvre puerpérale avec symptômes ataxiques consécutifs aux accidens inflammatoires, marche aiguë.* — Lina Hof...., âgée de 22 ans, faible, nerveuse, avorta au premier mois d'une grossesse pénible et laborieuse : des douleurs dans les lombes et à l'hypogastre, des frissons, suivirent presqu'immédiatement la délivrance : le soir, elles s'exaspérèrent et furent accompagnées de vomissemens bilieux très-abondans.

Le deuxième jour, la malade s'affaissa tout d'un coup et tomba dans un délire taciturne : la pression du ventre semblait douloureuse et déterminait quelques grimaces ; le cours des lochies n'avait subi d'ailleurs aucune

interruption. Pendant le jour elle demeura plongée dans un coma profond; le soir, au contraire, elle s'agita, essaya, à plusieurs reprises, de se lever, éprouva de nouveaux vomissemens, puis finit par retomber dans son premier état d'affaissement.

Le trois, elle recouvra la connaissance et articula à grande peine quelques plaintes vagues et confuses; mais elle avait déjà l'œil terne, les extrémités froides, le pouls irrégulier, presqu'imperceptible; elle ne tarda pas à succomber.

Les premiers accidens inflammatoires furent combattus, dès leur apparition, par l'administration de l'ipécacuanha, et le soir même, par l'application de 40 sangsues sur l'abdomen; plus tard, on eut recours aux frictions mercurielles à haute dose, aux vésicatoires, aux sinapismes.

Autopsie 30 heures après la mort. — Le péritoine contenait environ deux verres d'un liquide rosé et offrait un peu d'injection; la face interne de la matrice était recouverte d'un sang vermeil, et parfaitement saine : seulement on observait vers le col une légère couche de pus concret : une lymphe demi-transparente remplissait quelques-unes des veines utérines; les autres pour la plupart furent trouvées vides. Le cerveau, examiné avec grand soin, n'offrit rien de particulier, non plus que les autres organes.

III.e *Fait. — Fièvre puerpérale avec accidens ataxiques faibles et prolongés, et alternatives de symptômes inflammatoires.* — Virginie Car... âgée de 21 ans, nerveuse et d'une faible constitution, accoucha heureusement au huitième mois de la grossesse, et n'éprouva d'abord rien de particulier; mais le quatrième jour elle eut un frisson et une syncope prolongée; le soir même et le

lendemain elle éprouva de vives douleurs abdominales, accompagnées de diarrhée et de fièvre que l'on combattit successivement par deux applications de 50 sangsues chacune.

Le six, elle n'offrit rien de remarquable qu'un accès de dyspnée qui céda à une nouvelle application de 30 sangsues sur le côté. Le sept elle ne souffrit point : la diarrhée cessa. Le huit elle eut une nouvelle syncope et quelques douleurs abdominales. Le neuf un second accès de dyspnée très-intense qui nécessita l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine. Le dix au matin elle se trouva très-bien, mais le soir il survint du délire, et le lendemain un état carotique qui fut bientôt suivi de la mort.

Les lochies coulèrent pendant tout le cours de la maladie, d'abord sanguines, puis séreuses et en quantité médiocre.

A l'autopsie, nous trouvâmes le péritoine légèrement injecté, et contenant environ une livre de sérosité rosée; l'utérus volumineux; son tissu blanc et ferme; ses veines demi-remplies d'un sang fluide : ses vaisseaux lymphatiques dans l'état naturel; sa surface interne enduite d'une couche de sang brun fétide, mais d'ailleurs saine; le col échymosé et recouvert d'une exsudation mince grisâtre. Du reste, le poumon, le cœur, le cerveau, et en général tous les organes n'offraient pas la moindre trace d'altération.

Les faits précédens sont suffisans pour donner une idée de la forme morbide qui nous occupe : aussi n'en rapporterons-nous point d'autres. Si donc jettant maintenant un coup-d'œil général sur ces observations, nous cherchons à résumer les diverses altérations qu'elles présentent, il nous sera facile de voir qu'elles sont très-peu nombreuses, et qu'elles n'ont par elles-mêmes qu'une médiocre importance.

C'est, en effet, pour l'utérus, une légère exsudation limitée aux environs du col de cet organe, un peu de lymphe épanchée dans quelques-unes de ses veines, indices d'une phlogose très-bornée et d'ailleurs à son début.

C'est, pour le péritoine, un épanchement très-médiocre de sérosité rosée et un commencement d'injection qui annoncent, il est vrai, une fluxion sanguine vers ce point, mais qui ne suffisent point encore pour caractériser une inflammation franche et bien décidée.

Veut-on maintenant rapprocher de ces altérations les divers symptômes observés pendant la vie, alors la difficulté commence. De telles lésions, en effet, peuvent bien, jusqu'à un certain point, expliquer les douleurs, les vomissemens, la fièvre, qui se sont montrés chez nos malades, encore qu'on voie ordinairement ces symptômes correspondre à des altérations bien plus étendues, bien plus profondes; mais l'agitation, le délire, et tour-à-tour l'affaissement et la prostration; mais les syncopes, les sueurs froides; mais la dyspnée, la fréquence, la petitesse du pouls, et avec tout cela l'irrégularité des paroxysmes et la marche désordonnée de la maladie : à quelles altérations organiques peut-on les rapporter? Quelle en est la nature et le point de départ? Questions délicates et épineuses s'il en fut jamais, et que nous n'abordons qu'avec crainte.

D'abord, il est facile de voir que ces symptômes sont du nombre de ceux que les anciens appelaient ataxiques, et ils les nommaient bien, symptômatiquement parlant, car le désordre, l'irrégularité, en sont l'attribut distinctif, et dans l'ignorance où ils étaient du point de départ, que pouvaient-ils faire de mieux que de les désigner par un de leurs caractères les plus remarquables? Mais aujourd'hui que les progrès de la médecine lui ont

permis de s'élever de l'observation des symptômes à laquelle les anciens étaient en grande partie attachés, à l'étude des diverses altérations organiques qui leur correspondent; aujourd'hui que nous ne pouvons plus concevoir l'existence des uns sans admettre celle des autres, l'expression des symptômes *ataxiques*, ou le terme abstrait d'ataxie qui les comprend tous, ne doivent plus seulement représenter pour nous une espèce particulière de troubles fonctionnels, mais elle doit encore entraîner l'idée d'un mode d'altération organique qui les produit.

Quel est l'organe altéré? La question ne saurait être un instant douteuse. Ces symptômes en général et ceux que nous venons d'observer en particulier, ne peuvent émaner que du système nerveux. Mais quel est le mode d'altération de ce système? Ici naît la difficulté; nous pouvons dire ce qu'il n'est pas, mais non ce qu'il est. Nous pouvons affirmer que ce n'est point toujours une lésion du genre de celles que nous appelons *irritation, inflammation*, qui laissent après la mort des traces appréciables de leur existence, et que, par conséquent, quoi qu'on en ait dit, le terme d'ataxie n'est point synonyme de cérébrite, d'encéphalite, comme les observations précédentes en font foi.

Mais dire quelle est cette altération dont nous voyons les effets, et dont nous concevons ainsi l'existence nécessaire, c'est ce qu'il est impossible de faire dans l'état actuel de la science, pas plus, du reste, qu'on ne l'a pu jusqu'ici pour vingt autres maladies propres au système qui nous occupe, la folie, l'épilepsie, la chorée.

L'expression d'ataxie, en tant que représentant non plus seulement une espèce particulière de troubles fonctionnels, mais encore un mode d'altération cérébrale, peut donc être conservée sans inconvénient; nous disons

plus, elle doit l'être tant que nous n'aurons pas déterminé le genre de lésion du cerveau qui lui correspond : jusque-là, ne connaissant point l'essence de la maladie, nous ne pourrions que substituer vainement un mot à un autre, sans éclairer la question davantage.

Ceci bien déterminé, et nos idées une fois bien précisées sur ce point, examinons quels rapports existent entre l'ataxie et la maladie puerpérale, ou en d'autres termes, recherchons si la lésion du système nerveux est le résultat de l'altération du péritoine ou de l'utérus que nous avons observée; si au contraire c'est l'inverse, et dans tous les cas par quelle influence l'une peut produire l'autre.

La première question ne me semble pas douteuse; et en effet, pour peu qu'on se reporte aux faits précédens, on reconnaîtra que les symptômes propres aux altérations du péritoine et de l'utérus ont constamment précédé les accidens ataxiques, et qu'ainsi on peut, jusqu'à un certain point, regarder les premiers comme la cause des seconds; mais, d'un autre côté, il nous semble très-probable que le trouble de l'innervation a perverti la marche de la maladie primitive, et en a enchaîné le développement; autrement on ne voit pas comment les altérations eussent été si bornées et en quelque sorte si rudimentaires, surtout dans la première et la troisième observations, où la mort n'est survenue qu'au sixième et au septième jour.

Seconde question. Comment le développement des accidens ataxiques se lie-t-il à l'existence de la péritonite ou de la métrite : nous pourrions chercher à expliquer ce fait par l'influence sympathique du péritoine et de l'utérus sur le cerveau; nous pourrions invoquer à l'appui de cette opinion ce fait d'ailleurs vrai, c'est que la grossese et l'accouchement aiguisent singulièrement la sensibilité,

augmentent beaucoup l'impressionnabilité du cerveau, et disposent ainsi cet organe aux maladies.

Mais si on nous objectait que le mot *sympathie* n'exprime que le fait de la co-existence de deux altérations, sans l'expliquer en aucune façon, que c'est par conséquent un terme abusif, que mieux vaut cent fois rester dans l'ignorance, que de se payer de mots vides de sens, auxquels l'esprit finit par s'attacher en leur prêtant un corps qu'ils n'ont point par eux-mêmes, nous ne voyons pas trop ce que nous aurions à répondre. Il est donc bien plus sage de nous borner à constater le fait en question, sans chercher à en donner des explications que ne comporte point l'état actuel de nos connaissances.

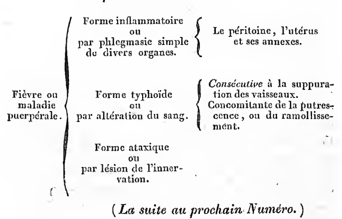
Il nous reste, pour terminer ce que nous avons à dire sur la forme morbide qui nous occupe, à prévenir une objection qui pourrait nous être adressée : si l'ataxie, dira-t-on, n'est qu'un résultat de l'inflammation du péritoine ou de l'utérus, on ne doit point la considérer à part, pas plus que le vomissement et la diarrhée qui accompagnent souvent ces affections. L'objection n'est que spécieuse. Car bien que la lésion du système nerveux nous paraisse consécutive, ce n'est pas moins une affection nouvelle, qui, comme nous l'avons déjà remarqué pour la forme typhoïde, absorbe en quelque sorte la première, engendre des symptômes particuliers, a un danger spécial, qui tue enfin par elle-même, bien avant que les altérations primitives aient pu le faire, comme le prouvent les observations précédentes : or, nous le demandons, ces caractères ne suffisent-ils pas pour distinguer cette espèce des précédentes, et en faire un genre tout spécial.

Nous avons exposé les trois formes sous lesquelles se sont présentées les fièvres puerpérales que nous avons observées; nous en donnons plus bas un tableau synoptique

qui les réunit toutes sous un même point de vue, et les classe selon leurs variétés. Nous sommes loin de prétendre toutefois que la fièvre puerpérale doive se montrer constamment sous ces formes, et ne puisse en affecter d'autres.

Nous l'avons dit en commençant, nous ne sommes point de ceux qui croient pouvoir formuler la science d'après l'observation d'un jour; nous croyons, au contraire, qu'aux diverses époques correspondent souvent des formes morbides très-différentes, et qu'il faut par conséquent de longues années d'observation pour les embrasser toutes. C'est une conviction que nous ont donnée nos propres études, quelque bornées qu'elles soient, conviction qui est encore fortifiée par l'autorité de M. Desormeaux, et à laquelle l'histoire du passé ne prête pas un médiocre appui.

Tableau des différentes formes de fièvres puerpérales précédemment décrites.



Fièvre ou maladie puerpérale.	Forme inflammatoire ou par phlegmasie simple de divers organes.	Le péritoine, l'utérus et ses annexes.
	Forme typhoïde ou par altération du sang.	*Consécutive* à la suppuration des vaisseaux. Concomitante de la putrescence, ou du ramollissement.
	Forme ataxique ou par lésion de l'innervation.	

(*La suite au prochain Numéro.*)

Sur les vaisseaux du cancer encéphaloïde ou cérébriforme ; par M. Berard *aîné, agrégé en exercice à la Faculté, chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux.*

Plusieurs auteurs ont parlé de la vascularité du tissu encéphaloïde, l'abondance des vaisseaux dans les cancers de ce genre a même été donnée comme un caractère propre à les distinguer des tumeurs squirrheuses. On est porté à croire que des vaisseaux volumineux se ramifient dans les tumeurs encéphaloïdes, lorsqu'on voit plusieurs chirurgiens les confondre, sous le nom de tumeurs fongueuses hématodes, avec le véritable tissu érectile accidentel. Les épanchemens apoplectiformes que l'on rencontre dans la substance encéphaloïde ramollie, les hémorrhagies que fournit cette substance après son ulcération, viennent encore à l'appui de l'opinion qu'on s'est formée de son extrême vascularité.

J'ignore si l'on a cherché à déterminer d'une manière plus positive, et par le secours des injections, la distribution des vaisseaux dans les productions morbides dont je m'occupe ici, et j'étais désireux de tenter quelques recherches à ce sujet. Je croyais en avoir trouvé l'occasion sur une femme qui portait à la cuisse une tumeur encéphaloïde de la grosseur du corps d'un homme adulte. Des veines plus volumineuses que le doigt indicateur sillonnaient en tous sens sa surface. Ces vaisseaux s'étaient creusé de larges gouttières sur la tumeur, et n'étaient recouverts que par les tégumens extrêmement amincis.

Malheureusement le ramollissement de la tumeur survint, elle s'ulcéra, des hémorrhagies excessives se répétèrent à de courts intervalles, et la malade, dont la santé

générale n'avait pas été considérablement altérée tant que la tumeur était restée à l'état de crudité, succomba six jours après son ulcération. Je doute qu'aucun cancer ulcéré ait jamais entraîné la mort aussi rapidement. L'espèce de décomposition de cette énorme masse, qui, dans l'espace de trois jours, s'était creusée une caverne où l'on eût pu loger la tête d'un adulte, ne me permettait pas de songer à une injection. Mais je ne tardai pas à rencontrer un cas plus favorable.

Un homme de 45 ans portait de chaque côté du cou des tumeurs encéphaloïdes, qui, dans l'intervalle de trois années, s'accrurent au point de toucher en haut la mâchoire inférieure et l'oreille, en bas la clavicule, en avant le larynx, le pharynx et la trachée, en arrière l'épine. La déglutition était difficile. Le malade, réduit à se nourrir de liquides, parvint à un degré extrême de marasme; enfin, la déglutition devint tout-à-fait impossible, et il succomba avant l'ulcération de la tumeur.

Après avoir obtenu des parens la permission de disposer de la partie supérieure du tronc, je la séparai de l'inférieure par une section horizontale qui passa vers le tiers supérieur du sternum et la deuxième vertèbre dorsale. La pièce fut transportée dans l'un des laboratoires de la Faculté, où je l'injectai de la manière suivante (1). Des ligatures furent placées avec le plus de soin possible sur les vaisseaux divisés qui pouvaient laisser échapper l'injection. Un tube fut introduit dans chaque artère carotide primitive. Un *solutum* de colle forte coloré avec le vermillon fut poussé à la fois par l'un et l'autre vaisseaux. L'injection réussit assez pour colorer d'un rouge vif le

(1) J'ai détaillé succinctement les procédés dont j'ai fait usage, afin que l'on puisse établir, en lisant cette note, le degré de confiance que méritent les résultats que j'ai obtenus.

bord libre et la face interne des lèvres, ainsi qu'une partie des tégumens de la face. On crut remarquer, pendant l'opération, que les tumeurs s'étaient un peu gonflées et étaient devenues plus résistantes. Je m'occupai ensuite de l'injection des veines. Les précautions convenables ayant été prises pour empêcher que le liquide ne s'échappât, je plaçai un tube dans la partie inférieure de la veine faciale droite. Un liquide de même nature que le précédent, mais coloré en noir, fut poussé dans la direction du cours du sang veineux. On vit, pendant l'injection, la peau qui recouvrait la tumeur du côté droit, prendre une couleur foncée, et je craignis que les veines du tissu encéphaloïde ne se fussent rompues par excès de distension, ou par faiblesse de leurs parois. On verra combien j'étais loin de deviner la vérité.

Je procédai alors à la dissection du cou. J'exposerai séparément ce qui appartient aux artères et ce qui est relatif aux veines.

Artères. — Après avoir enlevé les tégumens, je vis, tant à droite qu'à gauche, les lobes de la masse encéphaloïde enveloppés d'une espèce de capsule cellulo-fibreuse, dans laquelle des artères d'un volume médiocre, mais très-nombreuses et fréquemment anastomosées, formaient un réseau assez compliqué. Je cherchai à reconnaître si chacune de ces masses, si bien circonscrites à l'extérieur, recevait un vaisseau artériel volumineux en quelque point de sa surface, qu'on eût pu considérer comme *l'ombilic* de cette production accidentelle, et que l'on pût comparer à la scissure du rein ou du foie. Mais il n'existait rien de semblable, et les plus volumineux des vaisseaux qui se jettaient des parties voisines sur ces tumeurs, ne surpassaient pas le rameau laryngé de la thyroïdienne supérieure. Les masses cancéreuses furent ensuite divisées en plusieurs directions, et l'on vit qu'en certains points,

elles étaient presque encore à l'état cru, homogènes, résistantes; dans d'autres, elles tendaient vers le ramollissement; ailleurs, le ramollissement était survenu, cependant les parties n'étaient pas entièrement diffluentes. Or, le nombre et la disposition des vaisseaux artériels variaient avec le degré de consistance du cancer. Là où il se présentait encore à l'état cru, on n'apercevait pas de vaisseaux au premier abord, et à grande peine pouvait-on discerner quelques points rosés à la surface des parties divisées. Les choses étaient bien différentes dans les points où le cancer tendait au ramollissement. Les vaisseaux artériels, excessivement nombreux et ténus, y donnaient naissance à un réseau fort élégant qui semblait contenir entre ses mailles les grains de la substance cérébriforme. Enfin, l'aspect de celle-ci changeait encore là où elle était ramollie; car, dans ces parties, la matière de l'injection était épanchée, et formait un amas analogue aux épanchemens qui constituent les apoplexies. En soumettant ces noyaux ramollis à l'action d'un filet d'eau, on s'assurait facilement que les vaisseaux y étaient plus nombreux encore que partout ailleurs, ensorte que je me demandai si ce n'était pas à l'abondance des artères qu'était due l'apparence d'un épanchement; mais je reconnus qu'il y avait aussi de la matière extravasée.

Il résulte de cette dissection que le nombre des vaisseaux artériels dans les tumeurs encéphaloïdes va toujours en augmentant à mesure que leur tissu se ramollit. Y a-t-il simple coïncidence, ou bien rapport de dépendance entre ces deux phénomènes (ramollissement et vascularité plus grande)? Et dans le cas où l'un des phénomènes dépendrait de l'autre, l'augmentation du nombre des vaisseaux doit-elle être regardée comme la cause ou comme l'effet? Je ne tenterai pas de résoudre ces questions, mais je ferai remarquer en passant le rapport qui existe entre

le développement du système artériel et certains actes de nutrition. Un cartilage temporaire est-il éloigné encore de l'époque à laquelle il doit s'ossifier, sa substance est homogène; le travail de l'ossification vient-il à s'établir, le cartilage est déjà creusé de canaux tapissés de membranes vasculaires, ensorte que l'abord du phosphate de chaux et le développement des artères dans le cartilage sont deux phénomènes entièrement inséparables l'un de l'autre.

On ne sera pas étonné, d'après ce qu'on vient de lire, que les tumeurs se soient un peu gonflées et aient paru plus rénitentes au moment de l'injection dans les artères. Je suis convaincu que les masses encéphaloïdes sont plus grosses du vivant de l'individu qu'après la mort; au moins en était-il ainsi sur le sujet de mon observation.

Lorsque par suite d'une erreur de diagnostic, et trompé par l'espèce de fluctuation qui accompagne le ramollissement des cancers cérébriformes, on y plonge un bistouri, on sait qu'un écoulement abondant de sang, et quelquefois même une hémorrhagie difficile à réprimer succèdent à cette opération. Ces résultats s'expliquent facilement par la multiplication des artères dans les points ramollis de la tumeur. C'est évidemment à cela qu'il faut attribuer la confusion qui a régné si longtemps entre les cancers cérébriformes et les tumeurs érectiles.

Veines. — Ce que j'ai à en dire heurtera peut-être beaucoup d'opinions préconçues sur l'organisation des cancers médullaires; mais je raconte ce que j'ai vu et montré à beaucoup de personnes (1). J'ai, d'ailleurs, pris la précaution de faire, en quelque sorte, assister le lec-

(1) Notamment à MM. les professeurs Cruveilhier, Andral, et M. Stoltz, agrégé près la Faculté de Strasbourg.

teur aux préparations anatomiques sur lesquelles j'établirai mes propositions. En enlevant la peau qui recouvrait la tumeur à droite, je reconnus que la coloration en noir était due à la pénétration de l'injection dans les veinules des tégumens. Les tumeurs mises à nu, on vit à leur surface, et dans la membrane d'enveloppe, un plexus veineux abondant qui s'entrelaçait avec les ramifications artérielles dont il a été question. Au moment de pratiquer les sections dans les masses cancéreuses, je m'attendais à découvrir une prédominance des vaisseaux veineux et une organisation se rapprochant peut-être des tissus érectiles; mais bien loin de là, je n'aperçus *pas une seule veinule, pas un seul point noir.* La matière encéphaloïde et une espèce de trame artérielle, voilà tout ce qu'offrait la surface de la section. Je crois donc pouvoir affirmer que le tissu dont je m'occupe ne renferme aucune veine. Je suppose que quelques personnes objecteront que, si je n'ai pas vu de veines, cela prouvait seulement que l'injection ne les avait pas pénétrées. La réponse est facile. Tous les capillaires veineux des organes voisins étaient pleins d'injection, à un degré que les valvules permettent rarement d'atteindre; ces capillaires donnaient à la membrane interne du pharynx un aspect comparable, au premier abord, à celui des gros intestins, lorsqu'ils ont revêtu cette singulière coloration en noir qui a été vue par tous ceux qui ont fait quelques ouvertures de cadavres. J'ajouterai, qu'en examinant comparativement la surface extérieure du corps thyroïde et d'une des tumeurs encéphaloïdes, on voyait sur l'une et l'autre un réseau veineux extrêmement serré; incisait-on ces deux tissus, l'injection veineuse se retrouvait aussi abondante à l'intérieur du corps thyroïde; la masse encéphaloïde, au contraire, n'offrait pas un seul vaisseau veineux, pas un seul point coloré en noir.

Serait-ce tirer de ce qui précède une conclusion hasardée, que d'avancer que le tissu encéphaloïde détruit complètement les vaisseaux veineux, ou, si on l'aime mieux, les convertit en sa propre substance? Si le lecteur conservait quelques doutes à cet égard, peut-être les remarques qui suivent les feront-elles disparaître. J'ai cherché la veine jugulaire interne à droite, elle avait complètement disparu; il en était de même de l'externe du même côté. A gauche, où les tumeurs étaient moins volumineuses, la jugulaire interne avait persisté; mais l'externe ainsi que le muscle sterno-mastoïdien avaient été convertis en tissu cérébriforme. Je prévois encore une objection. Les grosses veines, dira-t-on, avaient été comprimées et se sont oblitérées, mais elles n'ont pas éprouvé une véritable action de destruction de la part du tissu encéphaloïde. A cela, je crois pouvoir répondre encore d'une manière satisfaisante par les faits suivans : Quelque temps après que Béclard eût fait l'extirpation de la parotide, un homme ayant une tumeur encéphaloïde sur les côtés du cou, se présenta à la Pitié. Enhardi par l'espèce de succès qu'il avait obtenu, Béclard était décidé à opérer le nouveau venu; mais celui-ci succomba avant qu'on eût tenté de le débarrasser de la tumeur, et, comme on va le voir, cela fut heureux pour l'opérateur. Ce malade ayant eu le côté de la face paralysé, je disséquai la partie affectée afin de reconnaître l'état du nerf facial. Étonné de ne point voir la veine jugulaire interne, que je soupçonnais en rapport avec la partie inférieure interne de la tumeur; je cherchai plus bas, et je trouvai ce vaisseau offrant son calibre ordinaire; un peu plus haut il s'élargissait, et semblait fondre ses parois dans la masse encéphaloïde qui lui servait en quelque sorte de bouchon, car elle envoyait des prolongemens dans la veine. On ne peut douter ici que le tissu cérébriforme n'ait détruit les

parois de la veine en les convertissant en sa propre substance : j'ajouterai, qu'ayant eu occasion de citer ce fait à la Société anatomique, plusieurs membres assurèrent avoir vu des masses cérébriformes envoyer des embranchemens dans les veines voisines. Il paraît que les artères résistent à son action destructive, puisqu'elles le pénètrent en grand nombre, et que de gros vaisseaux artériels traversent quelquefois les masses de ce tissu pour aller à d'autres parties, sans éprouver la moindre altération. Cette innocuité n'est pas constante cependant, puisqu'on a vu un cancer de l'aine ouvrir la fémorale, et un cancer de l'estomac attaquer l'artère splénique.

Si nous opposons l'extrême développement des capillaires veineux dans les parties antérieures du cou, à la réduction du nombre des gros troncs de cet ordre de vaisseaux, il sera facile de deviner que le premier état était la conséquence du second, que les veinules nombreuses étaient supplémentaires des jugulaires. Ce n'était pas seulement sur le pharynx et le corps thyroïde que les capillaires veineux étaient multipliés, l'injection avait noirci quelques points de la peau du cou, et montré un amas de veinules sur les artères carotides.

Je tirerai de tout ce qui précède les propositions suivantes :

Les artères des masses encéphaloïdes sont nombreuses, mais d'un volume médiocre (1).

Ces artères forment par leurs anastomoses un réseau

(1) Il est des cas cependant où l'on voit une grosse artère se rendre à un cancer encéphaloïde. Tel est celui où la dégénérescence attaque un organe pourvu d'une seule artère d'un certain calibre, comme le testicule; il n'est pas rare de voir, dans ce cas, l'artère spermatique triplée de volume.

dans la membrane d'enveloppe de ces tumeurs, avant de les pénétrer.

Le nombre des artères est en raison directe du degré de ramollissement, non-seulement dans la masse entière, mais encore dans chaque portion isolée de cette masse.

On ne trouve pas de veines dans les cancers encéphaloïdes. Il n'en existe que dans le tissu cellulaire qui joue le rôle d'enveloppe à l'égard de ces tumeurs.

D'après nos idées sur la circulation, nous serons embarrassés pour comprendre un tissu riche en artères et privé de vaisseaux efférens. Mais il ne faut pas nier un fait parce qu'il est inexplicable. Certains fœtus acéphales, n'ayant dans le cordon ombilical qu'un seul vaisseau artériel ou veineux, ont offert un problème au moins aussi difficile à résoudre, et cependant nous avons accepté les observations de ce genre qui nous ont été transmises. Je ne serais pas éloigné d'attribuer à l'abondance des artères et à l'absence des veines dans les tumeurs encéphaloïdes, la tendance qu'elles offrent vers un accroissement illimité, le caractère particulier de leur ulcération, et la persistance des hémorrhagies qui en résultent. Cependant ces cancers ayant, comme les autres, la funeste prérogative de se reproduire, il ne faut pas se flatter de trouver dans leur organisation intime toutes les conditions des phénomènes pathologiques qu'ils nous présentent.

J'ai dit au commencement de cet article que les tumeurs atteignaient la clavicule. La portion de ces masses qui appuyait sur l'os était encore à l'état cru et d'une densité considérable : la répétition des frottemens avait déterminé dans cette région, tant à droite qu'à gauche, la formation d'une bourse synoviale qui se réfléchissait de la tumeur sur la clavicule. Chacune de ces poches eût pu

contenir une noix. C'est un fait à ajouter à l'histoire des bourses muqueuses accidentelles.

P. S. M. Cruveilhier, après avoir fixé son attention sur les faits que je viens d'exposer, ne les interprète pas de la même manière que moi. Il pense que s'il n'existe que des vaisseaux colorés par l'injection rouge dans les masses cérébriformes, cela prouve seulement que le liquide injecté a passé des artères dans les veines. Il persiste dans la croyance que le nombre comme le volume des veines dans cette espèce de cancer excède celui des artères. Cette objection est importante, et je ne manquerai pas de chercher à en apprécier la valeur en poussant, à la première occasion, l'injection dans les veines avant de remplir les artères. Je vais en attendant la combattre par les argumens suivans : 1.° Le passage de l'injection rouge dans les veines n'ayant eu lieu ni dans le corps thyroïde, ni dans le pharynx, ni dans la peau et les muscles du cou et de la tête, il faudrait admettre que ce phénomène s'est produit exclusivement dans les masses encéphaloïdes. 2.° L'injection rouge n'étant pas encore coagulée quand j'ai poussé le liquide dans les veines, celui-ci aurait dû faire refluer la première en quelques endroits : or, je n'ai vu de veines que sur la membrane d'enveloppe; car à l'intérieur il n'y avait pas un seul point noir. 3.° Les vaisseaux rouges des tumeurs étaient peu volumineux, exactement cylindriques et anastomosés à la manières des artères.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur cette question : Pourquoi la ligature temporaire de l'artère principale d'un membre, pratiquée pour la cure d'un anévrysme, a-t elle été considérée quelquefois comme insuffisante pour déterminer l'oblitération définitive du vaisseau? par le professeur Ant. Scarpa (1).

Dans plusieurs points de mon *Mémoire sur la ligature des principales artères des membres* (2), et dans l'*Appendice* (3) à mon traité de l'anévrysme, mais surtout dans mes *observations et réflexions pratiques sur la ligature des artères principales des membres selon la méthode de Hunter* (4), j'ai prouvé, par des faits d'anatomie pathologique ot de chirurgie pratique, qu'en général la ligature de l'artère principale d'un membre, bien qu'elle détermine l'oblitération complète de ce vaisseau, ne peut pas produire en même temps celle des anastomoses qui peuvent exister déjà entre des vaisseaux latéraux et le tronc principal, depuis sa ligature jusqu'au sac anévrysmal, non plus que l'oblitération des artères collatérales qui s'ouvrent directement dans le sac. Comme le volume des branches anastomotiques varie beaucoup suivant les individus, il en résulte que les phénomènes con-

(1) Extrait des *Annali univ. di Med.*, janvier 1830, par le docteur Ollivier (d'Angers).

(2) Inséré dans les *Archives gén. de Méd.*, tome II, page 82.

(3) Trad. franç. par C. P. Ollivier (d'Angers), sous le titre *d'Additions au* Traité de l'anévrysme. Paris, 1822, in-8.° Chez Béchet.

(4) Voy. *Arch. gén. de Méd.*, t. XVIII, page 66.

sécutifs à la ligature varient aussi chez les différens sujets après l'opération, et qu'on observe ainsi le retour plus ou moins apparent de la circulation du sang dans la portion de l'artère comprise entre la ligature et l'anévrysme. Mais cet effet, qui pourrait, au premier abord, faire penser que la ligature est insuffisante, n'empêche pas la guérison ultérieure de la maladie; voici comment je m'exprimais ailleurs à ce sujet (1) : « On objecte de nouveau que, après la ligature de l'artère principale d'un membre, il est possible que le sang reflue dans le sac anévrysmal par un plus ou moins grand nombre de rameaux anastomotiques, ensorte que l'opération pratiquée devient inutile. Loin de nier la possibilité de ce phénomène, je pense, au contraire, qu'il existe constamment à un degré plus ou moins marqué chez les différens individus, après la ligature pratiquée suivant la méthode de Hunter, sans que cela s'oppose au succès de l'opération. Ce qui s'explique facilement quand on considère que le sang ne pénètre alors qu'en petite quantité dans la tumeur, et qu'il n'a plus la force d'impulsion nécessaire pour distendre le sac, ensorte que la lenteur de son cours favorise la déposition, à l'intérieur de la tumeur, de couches fibrineuses qui remplissent peu à peu sa cavité, et l'oblitèrent. Cette masse sanguine est ensuite résorbée graduellement, et la tumeur se trouve réduite à la fin à un très-petit volume. »

L'observation suivante confirme l'opinion que je viens d'émettre. Un homme, âgé de 50 ans, était affecté d'un anévrysme poplité pour lequel l'artère fémorale fut liée dans le tiers supérieur de la cuisse : le troisième jour, la ligature fut enlevée. Dès le moment où le lien avait été serré sur le vaisseau, la tumeur anévrysmale avait diminué

(1) *Opuscoli di Chirurgia*, vol. II, page 121, Pavie, 1825, petit in-fol.

de volume, et cessé de présenter des battemens. Le lendemain de l'ablation de la ligature, des battemens obscurs et profonds se manifestèrent dans la tumeur; mais on put remarquer en même temps que son volume n'augmenta pas, et qu'il resta, au contraire, réduit à celui qui avait suivi l'opération. Les jours suivans, la tumeur diminua peu à peu de grosseur, et devint plus dure, les battemens perdirent graduellement de leur intensité, disparurent insensiblement, et le malade guérit parfaitement.

Dans les cas où il y a ainsi réapparition momentanée des battemens dans le sac anévrysmal, ces battemens sont faibles et obscurs, sans accroissement du volume de la tumeur, laquelle continue d'offrir le degré de diminution que l'opération a produit immédiatement, diminution qui devient de plus en plus sensible les jours qui suivent l'ablation de la ligature. Au contraire, quand l'opération a été sans résultat, c'est-à-dire quand la ligature n'a pas déterminé l'oblitération de l'artère, le sang continue de pénétrer avec une force et une vitesse égales dans le sac anévrysmal, et produit sa distension. Une exploration attentive de la tumeur dans ces deux cas ne permettra donc pas de les confondre; car, dans ce dernier surtout, il suffit de comprimer le vaisseau au-dessus de la tumeur pour y suspendre à volonté les battemens, et les laisser reparaître. Lorsque la ligature *temporaire* a produit l'occlusion définitive de l'artère, la diminution de volume de la tumeur persiste après l'ablation de la ligature, et si l'on y observe ensuite quelques battemens obscurs, ce n'est qu'au bout d'un ou plusieurs jours, de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois; cette variation dans leur apparition résulte de la dilatation plus ou moins rapide des branches anastomotiques chez les différens sujets.

Quand l'anévrysme de l'artère fémorale a son siége près du pli de l'aine, un peu au-dessous de l'insertion de l'ar-

tère profonde, on est obligé de pratiquer la ligature sur l'iliaque externe, un peu au-dessus des artères iliaques antérieure et épigastrique. Or, dans ce cas, ces deux artères deviennent, par leurs communications avec les rameaux artériels des parois du thorax et de l'abdomen, deux branches anastomotiques qui transmettent peu à peu une quantité plus ou moins abondante de sang dans le tronc principal au-dessous de sa ligature. Cet exemple est sans contredit celui qui pourrait donner le plus de craintes de voir l'opération n'avoir aucun résultat avantageux pour le malade, et pourtant l'expérience prouve le contraire. En effet, quoique les artères iliaque antérieure et épigastrique éprouvent rapidement une dilatation considérable, cependant le cours du sang n'y a plus la même vîtesse, et ce liquide ne pénètre plus avec autant de force dans le sac anévrysmal; en outre, le sang apporté par ces deux artères dans le tronc fémoral, trouvant une issue libre et facile par l'artère profonde, la plus grande partie suit ce trajet, tandis qu'il n'en pénètre dans le sac qu'une petite quantité, dont la faible impulsion n'y donne lieu qu'à des battemens très-obscurs, ou même quelquefois inappréciables. Du reste, cette déposition lente du sang dans la tumeur est favorable, comme je l'ai déjà dit, à l'oblitération ultérieure de sa cavité.

Puisque l'expérience démontre d'une manière positive que, lorsque la tumeur anévrysmale conserve, après l'ablation de la ligature, le degré de réduction qui avait suivi l'opération, et qu'il s'y développe ensuite des battemens obscurs et profonds, l'oblitération de l'artère liée n'en est pas moins constante, on conçoit qu'il devient tout-à-fait inutile de chercher à s'assurer alors, par l'introduction du doigt dans la plaie, si le sang pénètre encore dans le vaisseau au-dessous du point lié. On évite par là des recherches fort douloureuses pour le malade. Ce point de

diagnostic chirurgical a été reconnu, depuis que j'en ai fait la remarque, par plusieurs praticiens, et je citerai entre autres le professeur Cairoli, le docteur Kruch, chirurgien de l'hôpital civil, et le professeur Morigi fils, premier chirurgien à l'hôpital de Plaisance. Voici des observations, recueillies par ces praticiens, qui justifient les réflexions qui précèdent.

Obs. I.re — Demonti André, âgé de 40 ans, portant sur son épaule une faulx très-pesante et pointue, voulut se baisser vers la terre, et dans ce mouvement l'instrument qu'il portait lui échappa, et s'enfonça dans le mollet droit. Un jet de sang sortit aussitôt de la plaie; le blessé arrêta l'hémorrhagie par une compression soutenue. Transporté peu de temps après à l'hospice civil, M. Kruch examina la plaie avec attention; il ne s'en écoulait pas de sang. Des bandelettes agglutinatives, les fomentations froides de Schmuker, et un repos absolu, tels furent les moyens employés. Il ne survint rien de particulier pendant neuf jours, et le même traitement était continué, lorsque le blessé voulant descendre de son lit un peu promptement, il parut tout-à-coup une tumeur dure, circonscrite, au-dessous de la cicatrice, offrant des battemens isochrones à ceux du pouls, et qui cessaient aussitôt qu'on comprimait l'artère fémorale. L'existence d'un anévrysme de la tibiale postérieure n'était pas douteuse, et la ligature de la fémorale fut pratiquée dans le tiers supérieur de la cuisse, par M. Kruch, le 21 août. Immédiatement après l'opération, les battemens de la tumeur cessèrent, et son volume diminua notablement. Le membre fut entouré de vessies remplies d'eau chaude. La ligature fut enlevée le troisième jour, et la tumeur n'offrit pas la moindre apparence de battemens, la plaie avait le meilleur aspect. Cinq semaines environ après l'opération, la plaie était complètement cicatrisée, quand on observa dans la tumeur, déjà

beaucoup diminuée de grosseur, des battemens très-distincts, quoique profonds et faibles; ils étaient plus sensibles lorsqu'on déprimait le centre de la tumeur. Le peu de force de ces pulsations, développées sans que la tumeur eût acquis la moindre augmentation de volume, fit penser au docteur Kruch que ce phénomène ne dépendait que de quelques rameaux anastomotiques abouchés dans le tronc de la fémorale au-dessous de sa ligature, ou dans le sac lui-même, et non pas de l'abord du sang dans ce tronc artériel, directement et au travers de la portion sur laquelle la ligature avait été appliquée. En conséquence de cette opinion, on se borna à seconder, par des fomentations froides et astringentes, le travail de la nature pour l'oblitération du sac anévrysmal; la tumeur acquit graduellement plus de dureté, les battemens y devinrent de moins en moins sensibles, et le malade guérit parfaitemement. Le 12 octobre, il se leva sans sentir d'autre incommodité que de la faiblesse dans le membre affecté, sur lequel on maintenait un bandage compressif, qu'on l'engagea à conserver encore quelque temps lorsqu'il sortit de l'hôpital le 24 du même mois.

Cette observation d'anévrysme de l'artère tibiale postérieure, analogue à plusieurs autres qui ont été publiées par d'autres praticiens et par moi-même, prouve clairement que la ligature du tronc principal d'un membre détermine non seulement la guérison d'un anévrysme de ce tronc artériel, mais encore celui qui peut affecter l'une ou l'autre de ses principales divisions. C'est surtout dans les cas comme celui-ci, où l'artère lésée est profondément située, qu'on peut apprécier les progrès de l'art chirurgical; car la méthode qui a été employée est bien autrement avantageuse que celle suivant laquelle on découvrait le vaisseau au milieu de parties souvent déjà frappées de gangrène, pour le lier à grande peine au-dessus et au-

dessous de la blessure dont il était le siége. Je ne dois pas manquer de faire observer que le succès de la ligature d'un tronc artériel principal pour la cure de l'anévrysme de l'une de ses branches, est toujours d'autant plus probable que la lésion de cette branche est plus rapprochée de son point de jonction avec le tronc artériel qui a été lié. C'est ce qui avait lieu dans l'exemple qui précède.

Obs. II. Alexandre Giacomelli, âgé de 19 ans, d'une constitution robuste, eut l'artère brachiale gauche ouverte dans une saignée qu'on lui pratiqua au mois de mars 1829. Une hémorrhagie abondante eut lieu à l'instant même, et fut arrêtée par un bandage roulé, excessivement serré. Cette compression, soutenue pendant près d'un mois, donna lieu à une inflammation qui se prolongea autant, et la disparition graduelle du gonflement laissa reconnaître une tumeur indolente, avec battemens, directement dans le point où la saignée avait été pratiquée. Sa grosseur s'accroissant de jour en jour, le malade se présenta à l'hôpital de Pavie, quatre mois après l'accident. Le professeur Cairoli trouva dans le pli du bras une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dont les battemens correspondaient à ceux du pouls, et offrant tous les caractères de l'anévrysme variqueux : la ligature fut pratiquée au-dessus de la tumeur, le 17 juillet suivant, par M. Cairoli, en présence du professeur Panizza et d'un grand nombre d'élèves. Aussitôt que l'artère eut été serrée par le fil, les battemens cessèrent dans la tumeur; elle diminua d'un quart de son volume, et l'on remarqua successivement les divers phénomènes qui suivent habituellement la ligature du vaisseau principal d'un membre. Le bras fut entouré de vessies remplies d'eau chaude, et humecté de temps en temps avec une décoction émolliente et chaude. Le troisième jour, on commença à sentir de faibles pulsations dans l'artère cubitale. Dans la

soirée du 20 (trois jours et demi après l'opération), le professeur Cairoli remarquant que la tumeur avait encore diminué de volume, qu'il n'y existait pas la moindre apparence de pulsations, non plus qu'au-dessous du point où l'artère avait été liée, il coupa la ligature, et en fit l'ablation. Il ne survint aucuns phénomènes nouveaux. La nuit suivante, le malade fut inquiet, il sentit dans l'avant-bras beaucoup de chaleur et de douleur. Le 21 au matin, fièvre très-vive, battemens dans les artères brachiale et cubitale gauches, aussi forts que dans l'état naturel. La tumeur était le siége de pulsations faibles, mais sans augmentation de son volume; la plaie était très-enflammée, et l'artère brachiale, immédiatement au-dessous de sa ligature, battait avec violence. Comme la tumeur n'avait pas augmenté de volume, M. Cairoli fit observer aux élèves qui suivaient sa visite, que les battemens qu'on y remarquait, ainsi que dans l'artère, étaient uniquement dus au retour du sang par des collatérales, et non pas à ce que l'artère brachiale n'était pas oblitérée là où on l'avait liée.

L'issue de la maladie vint, en effet, confirmer pleinement ses observations; les accidens inflammatoires furent combattus par un traitement antiphlogistique énergique, et des fomentations émollientes sur tout le membre, à l'exception de la tumeur, qui fut recouverte d'eau à la glace; et qui continua de diminuer peu-à-peu de volume; en sorte que le 4 août, quatorze jours après l'ablation de la ligature, toutes les pulsations avaient cessé. La plaie ne tarda pas à se cicatriser, et le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. III.e — Nicolas Garolfi, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital de Plaisance pour y être opéré d'un anévrysme poplité. La tumeur avait la grosseur du poing, et son siége dans le creux du jarret droit. Le professeur Morigi fit la

ligature de l'artère fémorale le 28 janvier 1824. Les battemens cessèrent aussitôt dans la tumeur, ainsi que les douleurs qui y existaient avant l'opération. Le 1.er février, quatre jours après l'application de la ligature, cette dernière fut enlevée. La tumeur avait alors déjà perdu la moitié de sa grosseur, le pied était chaud, mais peu sensible au toucher; les extrémités des orteils étaient froides.

Le dixième jour, la plaie était presque cicatrisée, la circulation rétablie en partie dans la portion inférieure du membre, lequel avait recouvré sa chaleur et sa sensibilité; il n'y avait qu'un peu de difficulté pour fléchir la jambe sur la cuisse. Le vingtième jour, l'état du malade était si satisfaisant, qu'on lui permit de marcher avec des béquilles, après, toutefois, avoir enveloppé le membre d'un bandage compressif. Trois jours après ce commencement d'exercice, on observa des battemens faibles et profonds dans la tumeur; en conséquence, le malade fut retenu au lit dans un repos absolu, et des fomentations froides furent entretenues sur la tumeur. L'exploration la plus attentive sur tout le trajet de l'artère fémorale au-dessous de la ligature, n'y fit distinguer aucune apparence de pulsations. Les battemens sourds et profonds de la tumeur persistèrent pendant quatre jours, et cependant la grosseur de cette dernière restait la même. Insensiblement ils se dissipèrent, et le malade marcha rapidement vers la guérison, qui était complète le cinquante-sixième jour après l'opération, époque à laquelle il sortit de l'hôpital.

Deux ans après, le même individu se présenta de nouveau à l'hôpital de Plaisance pour un anévrysme développé dans le creux du jarret du côté opposé, c'est-à-dire à gauche. La jambe était très-gonflée, et cette tuméfaction obligea le professeur Morigi à temporiser. Après quelques jours de repos laissé au malade, ce chirurgien

pratiqua la ligature de l'artère fémorale gauche, comme il l'avait fait pour la droite, et l'opération fut suivie d'un plein succès. Le malade était complètement rétabli au bout de quarante-trois jours. Aujourd'hui (décembre 1829), cet homme jouit encore d'une parfaite santé.

On aura sans doute remarqué que, chez ce malade, la circulation, qui fut rétablie momentanément dans le sac par les branches anastomotiques de la fémorale droite, ne se manifesta que par des battemens faibles et profonds dans le sac, et seulement vingt-trois jours après l'opération. Tout annonce que ce phénomène n'eut lieu que sous l'influence des efforts faits trop tôt par le malade pour descendre de son lit et marcher. Après la ligature de l'artère fémorale du côté opposé, il ne se présenta rien de semblable pendant toute la durée du traitement, vraisemblablement parce que les anastomoses de ce côté n'étaient point aussi largement dilatées, et probablement aussi parce que le malade conserva un repos continu pendant toute la durée du traitement.

Il ne pourrait donc y avoir qu'une prévention injuste, ou une ignorance absolue de ce que montrent à la fois la physiologie et la pratique de la chirurgie, pour soutenir que, par la ligature *temporaire*, on est plus exposé à voir la maladie reparaître, parce que le retour des battemens dans le sac anévrysmal peut avoir lieu plus ou moins longtemps après qu'on a retiré la ligature. Il serait d'autant plus étrange de vouloir considérer ce phénomène comme dépendant exclusivement de cette manière d'opérer, qu'il peut se présenter aussi quand la ligature est *placée à demeure*, après que cette dernière s'est détachée spontanément du vaisseau et a été chassée de la plaie. J'en pourrais citer plusieurs exemples; mais je me bornerai au suivant, que le docteur Montheuth a communiqué à M. Wishart, professeur de chirurgie à Edimbourg.

Un individu portait dans le creux du jarret une tumeur anévrysmale de la grosseur d'une orange. Le docteur Montheuth pratiqua l'opération selon la méthode de Hunter. La ligature placée sur l'artère fémorale, dans le tiers supérieur de la cuisse, se détacha d'elle-même treize jours après l'opération. La tumeur, qui avait été subitement réduite d'une grande partie de son volume aussitôt après la ligature, continua de diminuer peu-à-peu jusqu'à la grosseur d'une châtaigne. La plaie de la cuisse se cicatrisa. Trois mois après, le malade se plaignit de ressentir dans la tumeur des battemens correspondans à ceux des artères, mais faibles et profonds, sans que pour cela la tumeur eût augmenté de volume. Le docteur Monteuth, qui était bien convaincu que l'artère fémorale était solidement oblitérée, employa d'abord un bandage compressif sur tout le membre pour faire dissiper les battemens, et hâter en même temps la disparition de la tumeur : ce moyen fut sans succès. Il essaya ensuite de comprimer isolément la tumeur avec un bandage à pelotte, mais le malade ne put supporter plus d'une demi-heure cet appareil; malgré ce peu de temps, ce chirurgien ne fut pas peu surpris de n'y plus sentir de battemens après avoir enlevé le bandage. Le centre de la tumeur ne dénotait plus l'existence d'un fluide : il était dur et solide. A partir de ce moment, l'absorption du coagulum s'effectua rapidement, et le malade guérit parfaitement.

Les considérations anatomico-pathologiques qui précèdent me semblent importantes par les applications pratiques auxquelles elles conduisent, et qui sont autant de perfectionnemens à la méthode de Hunter pour la cure des anévrysmes externes. En outre, je ne crois pas me tromper en pensant que, dans plus d'un cas de ligature *temporaire* de l'artère brachiale et de l'artère fémorale, on s'est mépris sur la cause véritable des phénomènes

dont je viens de faire mention; ensorte que, confondant les battemens qui se développent par l'intermédiaire des vaisseaux collatéraux, plus ou moins long-temps après l'ablation de la ligature, avec ceux qui résultent du défaut d'oblitération de l'artère par la ligature, on en a plus d'une fois appliqué une seconde au-dessus de la première, pratiquant ainsi sans nécessité une nouvelle opération.

Sur la pathologie des membranes muqueuses; par M. TURNBULL CHRISTIE, *M. D., membre de l'établissement médical de Madras* (1).

L'ouvrage dont nous allons extraire les passages les plus importans, a été lu à la Société de médecine de Madras, et aurait été imprimé dans les *Transactions* de cette Société si l'auteur, forcé par sa mauvaise santé de quitter l'Inde pour revenir en Angleterre, n'eut préféré le publier dans sa patrie.

« L'inflammation, dit M. T. Christie, en même temps qu'elle est le plus fréquent des états morbides auxquels les divers tissus du corps sont sujets, paraît aussi en être le plus simple; et dans la plupart de ces tissus, presque toutes les maladies, quelles que soient les variations qu'elles présentent dans leur marche et dans leurs terminaisons, débutent par un état inflammatoire. Je vais essayer de montrer que le système muqueux offre une exception remarquable à cette règle; car ce système, sujet, comme tous les autres, à l'inflammation, peut quelquefois aussi présenter une autre affection morbide simple, c'est-à-dire le catarrhe, qui existe souvent seul, sans être accompagné d'inflammation ou sans avoir été précédé

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé : *Observations on nature and treatment of cholera and on the pathology of mucous membranes*, etc. Edinburgh, 1828, pp. 137, in-8.°

par elle. Je pense donc que les membranes muqueuses sont exposées à deux états morbides distincts : 1.° l'état inflammatoire, caractérisé par un ou plusieurs des symptômes suivans : chaleur, rougeur, douleur et gonflement; 2.° l'état catarrhal, caractérisé par l'augmentation et par l'altération du fluide sécrété. Quoique beaucoup d'auteurs ne s'accordent point sur la cause première de l'inflammation, on admet généralement que celle-ci est due à quelque affection des vaisseaux capillaires qui établissent le passage entre les artères et les veines; il est également reconnu que le catarrhe dépend de quelque affection de l'appareil sécrétoire des membranes muqueuses. Lorsque l'action de ce dernier est augmentée, il y a aussi une augmentation de la quantité de liquide fourni par ces membranes, et lorsque cette action est non-seulement augmentée, mais encore troublée, il s'ensuit toujours une augmentation et une altération des liquides sécrétés. C'est cette dernière affection que je nommerai catarrhe, et en cela je me fonde sur l'autorité de plusieurs auteurs célèbres, tels que Schneider, Johnson, Parr, etc. Il est bien entendu aussi que ce terme ne s'applique qu'à l'état morbide de l'organe sécréteur, et non au fluide qui en résulte.

« Plusieurs écrivains distingués ont établi comme loi générale, que l'inflammation des membranes muqueuses est accompagnée d'une augmentation de leurs sécrétions; et presque tous les pathologistes regardent le catarrhe comme une inflammation de la membrane muqueuse (1). Cette opinion, selon moi, est loin d'être exacte. Ne voit-on pas de nombreux exemples d'inflammation d'une membrane muqueuse sans augmentation de sécrétion, et de catarrhe sans inflammation? En effet, le premier cas se

(1) Laennec, *de l'Auscultation médiate*, t. II; Broussais, etc.

rencontre dans certaines ophthalmies, dans quelques inflammations du pharynx, dans quelques gastrites, et peut-être aussi dans quelques entérites; le second dans certaines diarrhées et dans le choléra-morbus de l'Inde. »

A l'appui de son opinion, l'auteur rappelle que dans la bronchite aiguë on observe une inflammation simple de la membrane muqueuse sans augmentation de sécrétion; qu'au contraire, il arrive ordinairement que, dans la première période de la maladie, la sécrétion est diminuée, et même tout-à-fait supprimée, et que, lorsqu'elle reparaît, l'affection approche de la guérison. La même chose a lieu dans la gastrite et dans l'entérite. D'un autre côté, on observe fréquemment des affections catarrhales des voies aériennes sans inflammation. La diarrhée, en général, ne présente aucun symptôme inflammatoire : mais la sécrétion de la membrane muqueuse gastro-intestinale est augmentée et viciée. Il existe dans l'Inde, vers la partie méridionale du territoire des Mahrattes, une espèce de diarrhée qui y règne endémiquement, et dont les symptômes sont des déjections fréquentes et copieuses d'un liquide séreux, la petitesse du pouls, et quelquefois la froideur de la peau, mais sans le moindre signe d'inflammation. Il est vrai que, quand cette maladie dure pendant long-temps, l'inflammation survient ordinairement; et, examinée après la mort, la membrane muqueuse du tube digestif offre diverses altérations morbides. Cependant l'auteur cite un cas, dans lequel la maladie persista très-long-temps, et finit par devenir funeste; la membrane muqueuse gastro-intestinale était blanchâtre, et l'on n'y apercevait que quelques points légèrement rosés vers le pylore et dans les gros intestins. « Il est très-probable, dit M. Christie, que ces taches n'étaient point inflammatoires, et n'étaient autre chose que ce que M. Billard appelle *rougeurs pointillées non-inflamma-*

toires. Dans tout état de cause, ces taches n'étaient ni assez nombreuses ni assez grandes pour rendre raison de la violence et de la longue durée de l'affection catarrhale, à laquelle avait succombé le malade. » L'auteur s'appuye encore sur les observations consignées dans l'ouvrage de M. Billard (1). Enfin, dans beaucoup de cas de choléra-morbus de l'Inde, M. Christie n'a pas observé, pendant la vie, les moindres signes d'un état inflammatoire; les symptômes prédominans étaient des vomissemens abondans, et des déjections alvines de liquide séreux et muqueux. A l'ouverture des cadavres il ne put, malgré les recherches les plus minutieuses, découvrir aucune trace d'inflammation; les membranes muqueuses pulmonaires, urinaires et gastro-intestinales, étaient au contraire plus blanches que dans l'état normal, et recouvertes d'une couche de sérosité muqueuse.

L'auteur examine ensuite les effets de ces deux maladies sur le système en général. Ces effets sur les organes de la circulation sont très-différens et même complètement opposés. L'inflammation aiguë est toujours accompagnée d'une augmentation d'activité de la circulation; au contraire, dans les cas de catarrhe d'une portion quelconque du système muqueux, lorsque la maladie est peu intense, la circulation n'est pas sensiblement accélérée, et lorsque la maladie est grave; la force et la fréquence du pouls, ainsi que la chaleur de la peau, sont notablement diminuées. L'administration d'une forte dose d'un médicament purgatif, qui produit une abondante sécrétion de la membrane muqueuse des intestins, est ordinairement suivie d'un état de faiblesse du pouls, et d'une sensation désagréable de froid à la surface du corps. M. Christie a observé ces phénomènes de la manière la

(1) *De la membrane muqueuse gastro-intestinale*, page 358.

plus distincte sur un jeune mahométan, qui, ayant pris une trop forte dose d'huile de croton tiglium, éprouva une superpurgation très-violente; au bout de quelque temps, les évacuations ne consistaient plus qu'en un liquide séreux; le pouls était presque imperceptible au poignet, et les traits du visage contractés. Au premier abord, l'auteur pensa que c'était une attaque du choléra-morbus; mais lorsqu'il eut appris la cause de ces accidens, il fit prendre au malade soixante gouttes de laudanum, et celui-ci se trouva promptement rétabli.

Quant à la cause de la faiblesse du pouls et du froid ressorti à la peau dans les cas dont nous venons de parler, l'auteur la trouve dans cette loi générale de l'économie, qu'il y a toujours congestion du sang vers l'organe dont l'action est augmentée. « Ainsi, dit-il, dans le catarrhe, l'activité des vaisseaux sécréteurs de la membrane muqueuse étant considérablement augmentée, il y a vers ces vaisseaux une congestion bien manifeste. »

M. Christie passe ensuite à l'examen du mode d'action de quelques-uns des médicamens les plus actifs sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les expériences que nous allons rapporter confirment, suivant lui, d'une manière positive les vues pathologiques précédemment exposées. « Ces expériences, dit-il, ainsi que les observations que j'ai faites sur les cadavres pendant ma pratique médicale dans l'Inde, m'ont porté à conclure que quelques substances médicamenteuses augmentent la sécrétion de la membrane muqueuse gastro-intestinale, en même temps qu'elles la rendent plus blanche; tandis que d'autres, au contraire, y déterminent un état inflammatoire. J'ai aussi observé que si l'action d'une substance irritante s'exerce pendant un certain espace de temps sur un point, il en résulte une inflammation; tandis que si cette action n'est que passagère, elle provoque seulement

une augmentation de la sécrétion...... En général, à l'état de santé, la membrane muqueuse du tube digestif, dans le chien, est blanche ou légèrement colorée en rose; celle de l'estomac, surtout vers son extrémité cardiaque, et celle des gros intestins, présentent une teinte rose plus prononcée que celle des autres parties du canal alimentaire. Lorsque l'estomac est rempli d'alimens, la couleur de sa tunique muqueuse est plus foncée que dans l'état de vacuité. Lorsque l'on a fait périr l'animal par la strangulation, cette couleur est d'un rose foncé ou d'un rouge pourpre, quelquefois disposée par plaques; et de plus, toutes les veines des viscères abdominaux sont toujours gorgées de sang noir. Il faut donc, si l'on veut prendre une idée exacte de l'aspect de ces membranes muqueuses, tuer l'animal par la décapitation ou par la section de la moelle épinière. »

L'auteur rappelle que M. Billard, dans son traité de la membrane muqueuse gastro-intestinale (page 123), rapporte des observations faites sur l'homme, qui concordent avec celles qu'il vient d'exposer.

Voici maintenant le détail des expériences faites par M. Christie.

« I.re *Expérience.* — Quatre grains de tartrate antimonié de potasse dissous dans de l'eau, administrés à un chien adulte, déterminèrent promptement des vomissemens fréquens et copieux. L'animal fut immédiatement décapité. L'estomac n'avait pas été complètement vidé; il contenait encore une petite quantité de liquide et d'alimens non digérés; toute la partie gauche de sa membrane muqueuse était parfaitement blanche; vers le pylore, elle présentait une légère teinte rosée. Le duodénum contenait un peu de mucus coloré par la bile; sa membrane muqueuse était tout-à-fait blanche. Dans ce cas, le médicament paraît avoir agi principalement sur la moitié gauche de

l'estomac, car les matières que contenait cet organe n'avaient pas été complètement évacuées. La partie de la surface interne de ce viscère, sur laquelle l'émétique avait opéré, était d'une couleur blanche; ce qui fait voir que, lorsque la sécrétion, dans une membrane muqueuse, est augmentée par l'action d'une substance irritante, il ne s'y manifeste pas d'état inflammatoire. »

« II.e *Expérience.* — On fit prendre à un chien adulte trois grains d'émétique dissous dans l'eau. Au bout de deux ou trois heures, l'animal vomit une quantité de poils et de chair intimement mélangés et couverts du mucus sécrété par l'estomac. Une demi-heure après, le chien fut décapité. L'extrémité pylorique de l'estomac contenait une certaine quantité de poils comme feutrés et semblables à ceux qui avaient été rendus par le vomissement. La membrane muqueuse dans ce point offrait une couleur rose; celle de l'extrémité splénique, au contraire, qui avait été vidée par l'effet du vomissement, était parfaitement blanche.... »

« III.e *Expérience.* — On administra à un chien adulte, qu'on avait tenu à jeûn pendant près de vingt heures, vingt grains de la même substance en solution dans de l'eau. Au bout de quelques instans, il y eut des vomissemens d'un liquide séreux et muqueux, et ensuite d'un liquide blanc et écumeux. Une heure après, survint une selle muqueuse et jaunâtre. L'animal fut sacrifié environ une heure et demie après le commencement de l'expérience. L'estomac contenait une grande quantité de mucosités colorées en jaune par de la bile; sa membrane muqueuse était parfaitement blanche, excepté dans un point, vers le milieu de la grande courbure, où il existait une légère coloration en rouge. Les intestins grêles et les gros intestins, dans toute leur étendue, contenaient une quantité considérable d'un liquide séreux et muqueux, et leur mem-

brane interne était tout-à-fait blanche. On ne put découvrir dans aucun point la moindre trace d'inflammation. »

« Au mois de juin 1826, je fis prendre vingt grains d'émétique à un individu affecté d'une maladie aiguë des poumons. Au bout d'une demi-heure, il vomit une grande quantité d'un liquide séreux; quelques instans après, il rendit trois aunes environ d'un ver solitaire; et dans les trois heures suivantes, il eut plusieurs selles abondantes et tout-à-fait aqueuses. La force du pouls fut considérablement diminuée; la peau devint fraîche et se couvrit d'une légère moiteur. Enfin, douze heures après, tous les symptômes avaient disparu, et le malade se trouva parfaitement bien. Depuis, j'ai fait prendre de semblables doses du même médicament à trois ou quatre autres malades, et j'ai toujours observé, pour résultats, des vomissemens et des selles aqueuses; la fraîcheur de la peau, une diminution notable dans la force et dans la fréquence du pouls et une débilité générale. Il paraîtrait donc que vingt grains d'émétique augmentent puissamment la sécrétion de la membrane muqueuse gastro-intestinale, sans déterminer en même temps aucun phénomène inflammatoire. Ainsi, ce médicament agit en déterminant l'afflux du sang vers les viscères abdominaux, et diminue ainsi la force et la fréquence du pouls, et la chaleur de la peau. Cette pratique n'est pas, je pense, toujours exempte de danger; car si le médicament, au lieu de passer rapidement dans le canal intestinal et de produire ainsi une simple excitation des vaisseaux sécréteurs, vient à séjourner dans un point quelconque de ce canal, il n'y a aucun doute que son action ainsi prolongée ne déterminera de l'inflammation.

« Les faits que je viens d'exposer prouvent que le tartrate de potasse antimonié n'a pas une propriété sédative directe, comme quelques personnes le soutiennent. Il excite, au contraire, puissamment l'action sécrétoire de la

membrane muqueuse intestinale; la petitesse du pouls, la froideur de la peau et la débilité ne sont que des effets secondaires qui disparaissent aussitôt que la sécrétion est revenue à son état naturel. Les expériences de MM. Brodie et Magendie, de même que les observations de plusieurs autres auteurs, prouvent que l'émétique détermine fréquemment l'inflammation de la membrane muqueuse gastrique. Dans les expériences de M. Magendie, où ce phénomène s'est manifesté, l'œsophage avait été lié, afin d'empêcher le vomissement; ce qui fait voir que l'état inflammatoire n'a été causé que par l'action continuée du médicament. Les faits ci-dessus énoncés expliquent d'une manière satisfaisante la divergence des opinions sur la manière d'agir du tartre stibié. »

« IV.e *Expérience.* — Six grains de deuto-chlorure de mercure, dissous dans l'eau, furent donnés à un chien, et déterminèrent, au bout de peu de temps, de violens vomissemens, qui continuèrent jusqu'à ce que les matières contenues dans l'estomac eussent été complètement rejetées. L'animal fut tué par la section de la moelle épinière. Son estomac était un peu contracté, et contenait une grande quantité d'écume blanche; d'ailleurs sa membrane muqueuse était absolument blanche. »

« V.e *Expérience.* — L'expérience précédente, répétée sur un autre chien, qui ne fut tué que seize heures après, donna un résultat parfaitement semblable.

« VI.e *Expérience.* — On fit prendre à un chien, qu'on avait tenu sans nourriture pendant plusieurs heures, trois grains de sublimé corrosif; et pour que cette substance excitât moins facilement le vomissement, on en fit un bol avec de la confection aromatique. Il ne survint pas en effet de vomissement, et l'animal fut mis à mort environ une heure et demie après. L'estomac contenait un peu de mucus teint de bile; sa membrane mu-

queuse était généralement d'une couleur brunâtre, et présentait çà et là trois ou quatre petits points d'un rouge foncé; on trouva dans les intestins grêles quelques grains de la confection aromatique, et une certaine quantité de mucus coloré par la bile; leur membrane interne était blanche, à l'exception de quelques petites taches rouges semblables à celles qui existaient dans l'estomac, et placées vers le commencement du duodénum. »

« VII.e *Expérience.* — Quatre grains d'opium solide furent administrés à un chien qu'on avait fait jeûner pendant environ vingt-quatre heures. Au bout de quatre heures, on le décapita. La majeure partie de l'estomac, vers son extrémité splénique, était recouverte d'une couche d'opium dissous, et la membrane muqueuse de toute cette portion offrait une couleur rouge, qui se terminait brusquement vers la région pylorique, qui était contractée, et dont la tunique interne était parfaitement blanche. Aucune particule d'opium ne paraissait avoir pénétré dans les intestins grêles, qui ne contenaient qu'une petite quantité de mucus sain, et dont la membrane ne présentait aucun changement de couleur. Quoiqu'il ne soit pas possible de déterminer précisément, d'après cette expérience, les effets de l'opium sur les vaisseaux capillaires de la tunique interne de l'estomac, il est évident qu'ils diffèrent essentiellement de ceux que produisent l'émétique et le sublimé corrosif. En effet, au lieu d'une augmentation de sécrétion, et de la blancheur de la membrane que l'on observe lorsque ces substances sont administrées en dissolution, on voit que la quantité de liquide contenu dans l'estomac était moindre que dans l'état naturel, et que la membrane interne de cet organe avait pris une teinte rouge très-prononcée. »

« VIII.e *Expérience.* — On mélangea avec un peu de beurre deux gros de calomélas qu'on fit avaler à un

chien adulte à jeûn. Quelques heures après, il y eut deux ou trois selles, mais point de vomissement. L'animal fut décapité vingt heures environ après le commencement de l'expérience. Les veines du mésentère étaient plus distendues que dans l'état naturel; une certaine quantité de mucus tapissait la membrane interne de l'estomac, et l'on trouva une petite portion du calomélas dans l'extrémité splénique de l'organe, point où sa membrane présentait une couleur rose bien marquée; il n'y avait point de calomel vers la région du pylore, et la membrane y était tout-à-fait blanche. La vésicule du fiel était distendue par la bile; les intestins grêles en contenaient une certaine quantité mêlée à du mucus, et leur tunique villeuse n'offrait aucun changement de couleur; les gros intestins étaient remplis de matières féculentes d'un brun foncé, et leur membrane présentait une teinte légèrement rosée.

Cette expérience explique assez bien la manière d'agir du proto-chlorure de mercure : une partie de cette substance ayant séjourné dans le grand cul-de-sac de l'estomac, y avait produit un état inflammatoire. Vers l'extrémité pylorique, au contraire, et dans les intestins grêles, où le médicament n'a fait que passer, il n'existait aucune trace d'inflammation; dans les gros intestins, c'est à la présence de matières d'une couleur foncée, qui, comme on le sait, résultent de l'action du calomel, qu'on doit probablement attribuer la couleur rose de leur membrane interne; enfin la grande quantité de bile contenue dans la vésicule du fiel et dans les intestins grêles, était aussi bien évidemment due à l'action du médicament sur l'appareil biliaire. »

De ces expériences et des considérations qui les précèdent, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« 1.° Les membranes muqueuses sont sujettes à deux altérations morbides simples bien distinctes l'une de l'autre; savoir, le catarrhe et l'inflammation.

« Le premier consiste en une action maladive de l'appareil sécrétoire de la membrane muqueuse, laquelle action produit une augmentation et une viciation quelconque de la sécrétion. Le catarrhe est caractérisé par la blancheur de la membrane affectée, plus grande que dans l'état normal, et par la diminution de l'afflux du sang à la périphérie du corps.

« 3.° Ces deux maladies peuvent exister isolément ou simultanément dans une membrane muqueuse.

« 4.° Certaines substances médicamenteuses produisent dans les membranes muqueuses un état inflammatoire, d'autres un état catarrhal. Il en est dont l'action prolongée occasionne le premier de ces états, tandis que leur court séjour ne donne lieu qu'au second. »

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Anatomie et physiologie de l'oreille interne; *par M. T. W. Chevalier.* — Ce mémoire a été lu par M. Ch. Bell, à la dernière séance de la Société royale de Londres. L'auteur ne regarde pas comme exacte l'opinion généralement admise, que les sons sont modulés par leur passage à travers la membrane du tympan, et il pense que les vibrations sonores sont transmises sans modification à une substance nerveuse qu'il regarde comme un prolongement du cerveau lui-même. Il cite à l'appui de cette proposition un mémoire qu'il a publié dans le tome XIII des *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, et dans lequel il cherche à prouver que le marteau et l'étrier sont unis si intimement entre eux à l'aide de ligamens, qu'ils ne peuvent absolument pas se mouvoir l'un sur l'autre comme des leviers. M. Chevalier pose comme principe fondamental que chaque ton est caractérisé par trois propriétés parfaitement distinctes l'une de l'autre. La première est le degré d'intensité du son; la seconde le son, et la troisième sa qualité. Il admet que l'oreille est organisée de manière à effectuer une séparation mécanique de ces trois propriétés, et de distribuer chacune d'elles sur différentes

parties de l'organe auditif, sans cependant détruire leur unité physique. Il réclame, comme lui appartenant, la découverte des différentes parties du nerf de l'ouïe qui reçoivent directement les diverses propriétés du son. Il nomme *biamètre* la portion de l'oreille interne qui est destinée à distinguer l'intensité du son; *tonomètre*, celle qui perçoit les différences de ton; et *poiomètre*, celle qui apprécie les variations de la qualité des sons. La fonction de *biamètre* est remplie, suivant l'auteur, par le limaçon, qu'il regarde comme étant essentiellement un tube conique, contourné en spirale seulement pour lui donner plus d'épaisseur et de solidité; et il remarque que, en effet, chez les oiseaux chanteurs où ces qualités ne sont pas nécessaires, le limaçon est simplement un tube droit. Pour expliquer comment il entend la fonction de cette partie de l'oreille, il établit en principe que lorsqu'on pousse un liquide dans un tube conique, la pression qu'il exerce contre les parois est en raison inverse du carré de l'aire d'une section transverse de ce tube. C'est donc à leur extrémité ou sommet que, dans les rampes du limaçon, la pression est la plus forte. On voit de là que c'est dans ce point que l'impression du son doit être à son *maximum* de force, et que cette impression doit diminuer par une gradation régulière en partant du sommet de ces tubes pour se porter à leur autre extrémité la plus large. Ainsi donc, plus le son est intense, plus est grande l'étendue des rampes du limaçon qui en reçoit l'impression; effet qui est encore augmenté par la vascularité plus grande de la membrane qui revêt les rampes à mesure qu'elle s'avance vers leur sommet. L'auteur pense que l'oreille interne est protégée contre les impressions nuisibles des sons très-violens par l'action des muscles de l'étrier, qui intercepte complètement leur transmission par la chaîne des osselets à la membrane de la fenêtre ronde. L'auteur fait ensuite remarquer que sa manière de voir sur ce point se trouve pleinement confirmée par les observations d'anatomie comparée. Il a constaté en effet que la base de la rampe du limaçon est très-large dans les animaux que le bruit réveille facilement, tels que le chat, le lièvre et le cerf. M. Chevalier assigne aux cellules mastoïdiennes, comme fonction principale, la transmission des sons par l'intermédiaire des os du crâne, et il soutient qu'aucune vibration sonore ne peut avoir lieu dans des cavités closes de toutes parts et remplies d'un fluide élastique.

L'auteur décrit ensuite certaines expansions nerveuses qu'il assure avoir découvertes dans les ampoules des canaux demi-circulaires. Ce sont ces appareils nerveux qui, suivant lui, remplissent les fonctions du *tonomètre auditif*. Il est porté à croire que le liquide contenu dans les canaux demi-circulaires peut éprouver une sorte de cir-

culation, en vertu de l'impulsion quo lui communiquent les vibrations de la fenêtre ovale, qui elle-même est mise en mouvement par la chaîne des osselets de l'ouïe. Il déduit cette vue de ce fait anatomique, que l'orifice commun des canaux demi-eiroulaires supérieur et postérieur, et celui de l'externe, sont situés immédiatement en face de la fenêtre ovale dans la cavité du vestibule, tandis que les extrémités opposées de ces canaux sont à la plus grande distance possible de la direction de l'impulsion primitive donnée par l'étrier. Les perceptions de tons, portées par les trois canaux demi-circulaires de chaque oreille, se réunissent dans le centre nerveux pour n'en former qu'une seule. Néanmoins il y a un grand avantage dans ce triple organe de transmission des tons, car il est probable que c'est à cette disposition que nous devons de percevoir des impressions nettes de différens sons existans à-la-fois, même lorsqu'ils sont d'accord entr'eux; c'est aussi de cette manière que nous pouvons percevoir les qualités des sons; ce qui, selon M. Chevalier, ne serait guère possible s'il n'y avait qu'un seul organe.

L'auteur considérant que, outre l'intensité et le ton, les sons peuvent encore être distingués par quelques autres qualités, pense que ces dernières différences peuvent dépendre de diverses lois de vibration. Il suppose qu'un monochorde, par exemple, vibrant de manière à produire un son, exécute ses vibrations de différentes manières sous le rapport de l'accélération ou du retardement de la vitesse, et transmet ces différens modes de vibration à l'air et aux autres milieux qui, à leur tour, les transmettent à l'oreille. L'organe destiné à percevoir ces différences, et qu'il nomme *poïomètre*, est une partie du vestibule, dans laquelle M. Chevalier a découvert une sorte de petit coussin de matière pulpeuse que recouvre la membrane muqueuse du vestibule, mais sans y être fortement adhérente et de manière à former au centre de ce point une petite dépression. (*Philosophical Magazine and Annals of Philosophy*, avril 1830.)

Expériences galvaniques. — Une série d'expériences galvaniques a a été faite dernièrement dans l'amphithéâtre du Collège des chirurgiens à Dublin, sur les cadavres de deux hommes qui avaient été pendus pour cause d'assassinat. On se servit d'une pile de 220 plaques de quatre pouces carrés. Le premier point qu'on avait en vue de déterminer, était de savoir si la respiration peut être ranimée par l'action électrique, aidée de l'insufflation des poumons; le second, de montrer comment s'opère la contraction des muscles soumis à la volonté sous l'influence de cet agent, et de constater jusqu'à quel point on peut compter sur l'exactitude des observations faites jusqu'à ce jour à cet égard. On devait aussi soumettre à l'expérience les

vues de M. Ch. Bell, sur le système nerveux, et enfin on se proposait d'examiner avec toute l'attention possible l'influence que le courant galvanique exerce sur l'iris.

Les cadavres ne furent apportés que fort tard à l'amphithéâtre, c'est-à-dire, quelques minutes après trois heures. Leur température était déjà beaucoup au-dessous de ce qu'elle est pendant la vie; cette circonstance laissa peu d'espoir de parvenir à rétablir les fonctions de la respiration et de la circulation. Cependant sur l'un des cadavres on s'empressa de mettre à nu les nerfs qui, suivant M. Bell, agissent sur les organes respiratoires. Le courant galvanique fut dirigé sur le diaphragme par l'intermédiaire du nerf phrénique, mais sans produire aucune contraction apparente de ce muscle, quoiqu'on pratiquât avec soin la respiration artificielle. Les différens muscles volontaires présentèrent des contractions convulsives sous l'influence de cet agent, mais elles n'étaient pas aussi fortes qu'on aurait pu s'y attendre. La difficulté qu'on éprouva à isoler les différens nerfs, de manière à les soumettre séparément au courant galvanique, empêchèrent d'obtenir aucune solution relativement aux opinions de M. Bell. Diverses expériences furent tentées; il en est résulté que la pupille s'est contractée sous l'influence du galvanisme, et que cette contraction a eu lieu constamment, quel que fût le point de départ de l'iris auquel le stimulant fut appliqué. Le résultat ne s'accorde pas avec celui qu'on avait obtenu d'expériences semblables faites précédemment sur un autre supplicié; on avait observé que la pupille se dilatait lorsque l'aiguille destinée à conduire le fluide galvanique était appliquée vers l'un des points de la circonférence de l'iris.

Sur le second cadavre on soumit successivement au courant galvanique le diaphragme, les viscères abdominaux et le cœur. Le diaphragme et les intestins ne présentèrent aucun signe d'irritabilité; l'oreillette droite du cœur seule éprouva des contractions très-manifestes; le reste de cet organe était déjà tout-à-fait mort. (*The Lond. Med. Gazette*, février 1830.)

Pathologie.

Expériences sur l'hydrophobie; *par le docteur Hertwich, professeur à l'École vétérinaire de Berlin.* — Dans le XVII.e volume des *Archives générales de Médecine*, nous avons donné l'analyse d'un mémoire de M. Hertwich, contenant le résultat de ses observations sur plus de deux cents chiens enragés. Voici les conclusions de ce mémoire qu'on avait omis de donner, et qui nous ont paru assez intéressantes pour que nous les mettions sous les yeux de nos lecteurs.

1.° Sur cinquante-neuf chiens, auxquels la rage fut inoculée, quatorze seulement en furent atteints.

2.° Dans les cas où l'inoculation resta sans effet, on ne put apercevoir aucune cause distincte de ce défaut d'action. Il existe donc, comme pour les autres maladies contagieuses, une disposition particulière qui rend apte à contracter la rage. Un chien mâtin, âgé de quatre ans, fut soumis à l'expérience, sans en éprouver aucun effet, tandis que sept autres chiens, qui furent inoculés en même temps que lui et de la même manière, devinrent enragés. Quelques-uns de ces animaux ont été inoculés plusieurs fois avant que la maladie ne se développât; chez d'autres au contraire une seule inoculation était suffisante.

3.° Il paraît donc que dans les cas de rage douteuse, une ou deux inoculations accidentelles ou artificielles ne suffisent pas pour servir de preuves négatives de l'existence de la rage.

4.° La maladie ne s'est jamais communiquée par la transpiration. Ainsi le principe contagieux de cette maladie ne peut être d'une nature volatile.

5.° Il n'existe pas seulement dans la salive et dans le mucus buccal, mais aussi dans le sang et dans le parenchyme des glandes salivaires; il n'existe pas non plus dans la pulpe nerveuse.

6.° Le pouvoir d'infection existe à toutes les périodes de la maladie confirmée, et même vingt-quatre heures après la mort de l'animal enragé.

7.° Le virus rabique, administré à l'intérieur, paraît tout-à-fait inactif. En effet, sur vingt-deux chiens auxquels on en fit avaler une certaine quantité, aucun ne présenta le moindre symptôme de la maladie.

8.° L'application de la salive sur des plaies récentes paraît être aussi souvent suivie de la rage, que les morsures des animaux qui en sont atteints.

9.° Il est, en conséquence, hors de doute que la maladie n'est pas produite par la blessure elle-même, selon l'opinion de Girard, ni par la peur qu'éprouve l'individu mordu, comme on l'a répété si souvent.

10.° Plusieurs expériences prouvent le peu de fondement de l'opinion de Bader et de Capello, que dans les chiens devenus enragés par suite de la morsure d'un animal primitivement atteint de la maladie, la salive ne contient pas le principe contagieux, et qu'il n'existe dans ce liquide que dans les cas de rage primitive.

11.° Durant la période d'incubation du virus, on ne peut reconnaître aucune altération morbide, locale ou générale dans l'animal infecté; et, à la face inférieure de la langue, on n'observe jamais

de vésicules. Il n'y a donc point de symptômes précurseurs comme dans les autres maladies contagieuses.

12.° La maladie se déclare ordinairement dans les cinquante jours après l'inoculation accidentelle ou artificielle. L'auteur ne l'a jamais vue se manifester plus tard.

13.° L'inoculation ou l'infection, puisées dans des animaux attaqués de la rage aiguë, produisent très-souvent l'autre espèce de la maladie, c'est-à-dire la rage taciturne, et *vice versâ*. Elles ne sont donc que des formes différentes d'une seule et même maladie.

14.° Enfin, c'est à tort que l'on croit que les chiens bien portans peuvent distinguer au flaire ceux qui sont enragés; et ils ne refusent pas non plus les alimens mêlés avec les sécrétions des animaux malades. (*Græfe und Walther's journal*; *et the American journal of the medical sciences*, février 1830.)

De la maladie iodique, ou des désordres qu'entraîne à sa suite l'emploi trop long-temps continué de l'iode. — *Par le D.r Jahn.* — Les accidens que détermine l'ingestion d'une dose trop forte d'iode sont bien connus, surtout depuis les recherches de M. Orfila. On n'ignore pas l'action vivement irritante que les vapeurs de cette substance exercent sur les yeux et les voies aériennes. Mais un point sur lequel on n'est pas également d'accord, c'est la nature des changemens qui s'opèrent dans l'organisme par l'emploi long-temps continué des préparations iodiques. Coindet, Gairdner, Seiler et autres, ont donné de la cachexie, produite par ce remède, des descriptions qui ne s'accordent point avec ce qu'a observé M. Jahn; surtout ils ont interprété les faits qu'ils avaient vus tout autrement que ne fait le médecin que nous venons de nommer. Voici le tableau, tracé par ce dernier, de la maladie iodique. Introduit dans les liquides organiques, l'iode exerce d'abord et principalement son action sur la vie de nutrition. Ce qui frappe d'abord la vue, c'est la résorption de la graisse, ensorte qu'il survient un amaigrissement lent. Dans le même temps, avec un peu d'attention, on remarque une augmentation de toutes les excrétions. La peau, en raison du dépôt plus abondant de carbone qui s'y fait, paraît plus sale et d'une teinte livide; elle sue beaucoup et devient visqueuse; la respiration est gênée, l'urine coule en plus grande abondance, et sa surface est souvent couverte d'une pellicule grasse irisée; les évacuations alvines sont plus fréquentes; les excrémens sont très-chargés du principe colorant biliaire, et contiennent peu de mucus; la sécrétion du sperme est accrue, et les règles deviennent plus abondantes. Il est clair, dit M. Jahn, que dans cet état de choses la vie des veines et des vaisseaux lymphatiques est exaltée, et la prédominance de la vénosité s'exprime par le gonflement des veines superficielles et la couleur bleue des lèvres. Le sang,

comme on peut en juger par la diminution de la rougeur de la peau et la faiblesse des battemens artériels, paraît acquérir un caractère plus séreux, une plus grande liquidité, de sorte que le sérum y devient prédominant sur le oruor et la fibrine. L'énergie des tissus irritables baisse dans la même proportion : de là plus de facilité à se fatiguer, des digestions irrégulières, la diminution de la salive et du mucus, qui fait que le malade se plaint de sécheresse dans la bouche et la gorge. La vie nerveuse reçoit également une atteinte profonde, et l'on voit paraître des symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux de l'hystérie et de l'hypochondrie ; sensibilité extrême, abattement d'esprit, disposition à la frayeur, au chagrin, sentiment de faiblesse, tremblement des membres, analogue à celui que cause le mercure, sommeil agité, rêves désagréables et fatigans, etc. Déjà, à cette époque, des mouvemens fébriles passagers et irréguliers annoncent la réaction de l'organisme. Si l'on n'arrête pas alors la maladie, ou si l'on continue à donner de l'iode, les phénomènes indiqués deviennent de plus en plus prononcés et graves, et l'on voit même s'atrophier les tissus glanduleux, les seins, les testicules, la thyroïde. Il finit par s'établir tout le cortège des accidens de la phthisie dite nerveuse. M. Jahn a ouvert deux individus dont les corps présentaient les traces de l'action de l'iode : une femme qui, ayant fait abus de cette substance, fut atteinte d'une entérite dont elle mourut ; et un homme, affecté de cancer à l'estomac, qui fut traité par l'iode à l'intérieur et à l'extérieur, et qui finit par prendre long-temps en secret la teinture à haute dose, dans l'espoir de guérir plus vite. Dans les cadavres de ces deux sujets, on trouva la graisse disparue, tous les tissus flétris et flasques, les glandes rapetissées et fondues, les ganglions mésentériques (qui sont ordinairement très-développés dans le cancer de l'estomac), la thyroïde, les capsules surrénales, même le foie, la rate et les ovaires.

Les cas de maladie iodique qu'a observés M. Jahn n'empêchent point qu'il ne considère l'iode comme un des remèdes les plus efficaces et les plus précieux qui aient été découverts depuis long temps. (*Journ. compl.*, tom. XXXV, p. 359.)

Effets des gaz produits pendant la combustion du bois; *par M. William Watson*. — La compagnie des mines de Wanlockead avait fait établir, il y a quelques années, une machine à vapeur dans la mine pour en extraire l'eau, etc. Afin de se débarrasser de la fumée et des vapeurs provenant de la combustion du charbon de terre, on fit construire en briques une cheminée dont la longueur totale était de 450 pieds ; pour cette construction, on mit à profit un puits abandonné, dont la partie inférieure, traversant un terrain peu solide, fut assurée au moyen d'échafaudages en bois. Tout alla bien jusqu'au 28 mars 1829, jour où l'on s'aperçut que les échafaudages étaient en feu.

Comme on craignit que l'incendie ne se communiquât à ce qui soutenait la machine à vapeur, on employa tous les moyens possibles pour s'en rendre maître : on réussit à préserver les environs de la machine; mais toute la charpente qui entourait la partie inférieure de la cheminée fut consumée. Le feu continua avec la même violence pendant toute la matinée; et, vers midi, il s'élevait jusqu'à l'orifice du puits. Le directeur ordonna alors de boucher l'ouverture de la cheminée, afin d'empêcher l'accès de l'air atmosphérique, et de faire cesser ainsi la combustion. Cette manœuvre réussit en partie; cependant le lendemain, vers huit heures du matin, il s'échappait encore une grande quantité de fumée; et comme on appréhendait avec raison que la mine ne fût inondée, les inspecteurs ordonnèrent à trente ouvriers d'y descendre pour enlever leurs outils. Au moment où cet ordre fut mis à exécution, à 11 heures du matin, il s'était écoulé près de dix heures depuis que les ouvertures destinées à renouveler l'air avaient été bouchées, et pendant tout ce temps la combustion avait continué avec plus ou moins de violence; la majeure partie de l'oxygène de l'air de la mine devait donc être consumée, et avait été remplacée par une quantité correspondante de gaz impropres à la respiration et à l'entretien de la combustion. Ce fut dans cet atmosphère nuisible que pénétrèrent les trente malheureux ouvriers, les uns jusqu'à une profondeur de 60 pieds, les autres jusqu'à 120. Ignorant complètement l'existence et les propriétés nuisibles du gaz dans lequel ils étaient plongés, ils parcoururent sans crainte les différentes galeries. Les effets cependant se manifestèrent bientôt; et de tous les points de la mine, les ouvriers se hâtèrent, comme par une impulsion simultanée, de se diriger vers le puits par où ils étaient descendus. Mais leur marche rapide, en accélérant la respiration, ne fit qu'augmenter le mal; une grande faiblesse s'empara d'eux, et quelques-uns de ces malheureux, après avoir fait tous leurs efforts pour sauver leurs compagnons, tombèrent bientôt eux-mêmes dans un état d'insensibilité. Cependant deux ou trois parvinrent à grand'peine à regagner l'extérieur, où un grand nombre de leurs compagnons les attendaient avec anxiété. Vingt d'entre eux, avec un courage digne des plus grands éloges, se précipitèrent à l'instant dans la mine, et eurent le plaisir de voir que quelques-uns de ceux qui y étaient restés étaient parvenus à gagner un endroit beaucoup moins dangereux, quoiqu'ils fussent tous d'une grande faiblesse; mais le plus grand nombre était encore plongé dans l'atmosphère délétère; deux étaient encore à une profondeur de 60 pieds, l'un desquels fut attaché à la corde par son compagnon, qui, après avoir rempli ce qu'il regardait comme le dernier devoir, avait essayé de sortir de ce lieu funeste, mais était tombé à peu de distance sans connaissance sur le sol, où le trouvè-

rent ceux qui vinrent à son secours. On parvint enfin à les retirer tous. Le temps pendant lequel ces hommes restèrent exposés à l'influence du gaz délétère fut de 40 minutes au moins, et de une heure et quart au plus. Les effets produits sur ces différens individus furent très-remarquables. Ils éprouvèrent tous, plus ou moins, de la céphalalgie, des vertiges, des tintemens d'oreilles, des vomissemens et des tremblemens des membres, accompagnés d'une faiblesse extrême. Deux restèrent dans un état complet d'insensibilité pendant au moins 40 minutes, et six autres moins long-temps. Trois ou ou quatre étaient dans un état d'excitation violente, et, *quoique ce fût dimanche*, ils sifflaient, chantaient et parlaient avec volubilité, menaçant de frapper ceux qui les entouraient, et ne reconnaissant pas même leurs plus proches parens; sous plusieurs rapports, ils ressemblaient à des hommes ivres de boissons alcoholiques. La circulation était considérablement troublée; chez deux de ces individus seulement le pouls était plein; mais chez la plupart des autres, il était mou et se laissait facilement déprimer. Les deux hommes qui étaient restés le plus long-temps exposés à l'influence du gaz avaient le pouls très-petit, fréquent, et donnant de 94 à 100 pulsations par minute. Un ouvrier fut pris de convulsions violentes six heures après avoir été retiré de la mine; un autre fut affecté d'une diarrhée accompagnée de ténesmes violens; il est à remarquer que cet homme éprouvait toujours une affection semblable lorsqu'il faisait excès de liqueurs spiritueuses; un troisième éprouva de la dysurie; un quatrième perdit l'usage des avant-bras et des mains pendant plusieurs heures; un cinquième ressentit de fortes coliques; la plupart des autres éprouvèrent une légère difficulté de respirer, et la sensation d'un poids sur la poitrine. Les moyens auxquels on eut recours pour combattre ces accidens furent l'exposition à l'air libre et l'administration de stimulans diffusibles, et principalement d'eau-de-vie. On employa aussi avec beaucoup de succès l'immersion des membres dans l'eau chaude; lorsqu'il existait des nausées, on faisait prendre quelques grains d'ipécacuanha pour favoriser le vomissement; et lorsque les intestins étaient paresseux, on faisait usage de l'extrait de coloquinte et de l'huile de ricin. (*The Edinbourgh medical and surgical Journal*; octobre 1829.)

Fracture spontanée du sternum, cancer de l'estomac. — Le nommé Jean Têtu, âgé de 32 ans, serrurier, malade depuis dix mois, entra à la Charité le 20 août 1829. Il éprouvait des symptômes d'affection gastrique, caractérisée surtout par des vomissemens fréquens. Comme il accusait en outre de la difficulté à respirer et de la douleur vers la partie antérieure de la poitrine, on appliqua des ventouses sur la région sternale. Depuis ce temps, les douleurs vers ce point ne cessèrent d'augmenter; mais comme on était loin d'en soup-

donner la véritable cause, on n'y porta pas beaucoup d'attention, et ce n'est que peu de jours avant la mort du malade qu'on aperçut, vers le tiers supérieur du sternum, une légère saillie alongée, transversale, élastique, sans changement de couleur à la peau. A la pression, cette tumeur rentrait incomplètement. En examinant avec attention, on s'aperçut que le sternum était complètement divisé dans ce point, car les fragmeus, légèrement mobiles l'un sur l'autre, donnaient une sensation de crépitation assez manifeste. Plusieurs conjectures furent hazardées sur ce fait; les uns prirent la tumeur pour une hernie du poumon, d'autres pour une collection de pus communiquant avec un abcès du médiastin, etc. M. Boyer, consulté sur ce point, convint, avec M. Lerminier, qu'il ne savait ce que ce pouvait être. Une circonstance qu'il ne faut pas oublier de noter, c'est que le malade n'attribuait aucune origine particulière à cet accident survenu complètement à son insçu. Le malade avait cessé de vomir depuis trois semaines, mais il se consumait progressivement, et il mourut le 15 octobre.

Autopsie vingt heures après la mort. — Amaigrissement considérable, son mat du côté gauche de la poitrine, fluctuation abdominale. Une incision sur la petite tumeur du sternum donna écoulement à une très-petite quantité de pus séreux, dont le foyer paraît siéger dans le lieu même et provenir de la carie de l'os. Le tissu cellulaire du médiastin est sain à la partie postérieure du sternum, à laquelle adhère une portion du lobe antérieur du poumon droit, dont le parenchyme est très-sain. Le poumon gauche, refoulé vers la colonne vertébrale, est splénifié. Ce côté de la poitrine contient deux litres de sérosité légèrement trouble. L'abdomen contient aussi quelques pintes de sérosité. Les environs du cardia étaient le siége d'une affection cancéreuse sous forme de squirrhe non ulcéré. Le sternum, débarrassé des parties molles, est soudé dans toutes ses pièces. Il existe à son tiers supérieur une fracture transversale complète. Le fragment supérieur forme une espèce de coin qui s'engage dans une rainure creusée dans le diploé du fragment inférieur; la fracture paraît récente; le tissu spongieux, rouge, consistant, paraît à l'état normal. L'os n'a point subi de changement dans son épaisseur; la surface extérieure, aux environs de la fracture, est noirâtre, rugueuse et suppurante; la surface interne est saine près de la fracture, mais à un pouce au-dessous, la substance de l'os est noirâtre et comme ramollie, sans suppuration. (*La Lancette*, T. III, N.° 17.)

Thérapeutique.

Amauroses traitées par l'application, a l'extérieur de la strychnine. — *Obs.* I.re — W. Watson, âgé de 31 ans, entra à l'infirmerie royale d'Édimbourg le 23 novembre dernier, dans le service de M. R. Liston. Cet homme, ébéniste de son état, s'occupait depuis quelque temps à polir à la lumière les pièces de cuivre qu'on incruste à la surface de divers petits meubles. Pendant les trois derniers mois il avait éprouvé, à la partie supérieure et postérieure du cou, une douleur qui s'étendait sur tout le côté droit de la tête jusqu'à la tempe. Depuis le moment où cette douleur avait commencé, sa vue avait baissé graduellement, et au moment de son admission il ne pouvait distinguer les objets rapprochés et n'apercevait qu'à peine ceux qui étaient éloignés; à peine s'il voyait à se conduire; cependant les pupilles avaient conservé leur sensibilité et leur aspect ordinaires. Le lendemain de son entrée, 24 novembre, M. Liston fit appliquer à chacune des tempes un vésicatoire de la grandeur d'un écu, et administrer un laxatif. Le 25, on leva les vésicatoires, et on appliqua sur les surfaces dénudées un quart de grain de strychnine. Le 26, le malade croit apercevoir un peu d'amélioration; il lui semble qu'il distingue un peu mieux les objets éloignés. (*Prescription : trois pilules par jour contenant un seizième de grain de sublimé avec de l'extrait de gayac.*) Le 27, un quart de grain de strychnine est appliqué sur chaque vésicatoire. Le 28, Watson assure que sa vue est complètement rétablie; en effet, il lit sans peine les plus petits caractères; les vésicatoires étant cicatrisés, on en applique deux autres. Le 29, la dose de la strychnine est portée à un demi grain de chaque côté; et le 30, le malade est tout-à-fait guéri, la vue est aussi bonne que jamais, et la douleur de tête complètement dissipée. Un érysipèle qui survint à la face, et qui fut traité par les préparations antimoniales à l'intérieur et les fomentations émollientes, le retint encore à l'hôpital jusqu'au 20 décembre, époque à laquelle il sortit guéri.

Obs. II.e — P. Hamilton, âgé de 22 ans, fut admis dans la même maison, dans le service du docteur Short, le 16 juin dernier. Deux ans auparavant, après avoir été exposé chaque jour pendant plusieurs mois à la chaleur et à la lumière très-vives d'un fourneau où l'on fondait du fer, il avait été pris tout-à-coup d'un trouble considérable de la vue, accompagné de sensations instantanées de flammes brillantes et rapides qui se manifestaient surtout lorsqu'il se baissait. Cette maladie augmenta graduellement pendant les derniers quinze mois jusqu'à ce qu'enfin il put à peine distinguer le jour de la nuit.

Au moment de son admission, sa santé générale était bonne, et ses pupilles étaient dans un état naturel. Après avoir enlevé l'épiderme sur les tempes à l'aide d'un petit vésicatoire, on appliqua sur chaque surface dénudée un huitième de grain de strychnine, qu'on porta à un quart de grain le lendemain et à un demi-grain le troisième jour. L'amélioration était déjà sensible, et le malade pouvait distinguer le nombre de doigts qu'on mettait devant ses yeux ; mais en regardant du côté du jour. Le 25 juin, neuvième jour après son entrée, après avoir renouvelé les vésicatoires, auxquels on avait continué l'application d'un demi-grain de strychnine, on en porta la dose à un grain ; le malade commençait alors à distinguer les couleurs, surtout de l'œil gauche ; la pupille de celui du côté opposé paraissait moins contractée. Le 27, il put apercevoir les caractères d'imprimerie unis sans pouvoir encore lire ; on augmenta jusqu'à un grain et demi la quantité de strychnine, et quelques jours après il put dire l'heure que marquait une montre qu'on lui présenta, à la lueur du crépuscule. La dernière dose de strychnine, un grain et demi, ayant occasionné de la douleur de tête, des vertiges, un sentiment de faiblesse, des nausées et des tremblemens assez forts dans les bras, on fut obligé d'en suspendre l'usage pendant quelques jours et de revenir aux doses fractionnées, par lesquelles on avait commencé ; on les augmenta progressivement et avec la plus grande circonspection, et on parvint à les porter à trois grains, en renouvellant les surfaces absorbantes aussi souvent que leur dessèchement le rendait nécessaire. L'amélioration de la vue augmenta graduellement, et lorsque le malade sortit de l'hôpital, il distinguait parfaitement, surtout de l'œil droit, les couleurs, les formes, etc., des objets, même à une grande distance. (*The Lond. Med. Gazette*, Janvier 1830.)

Emploi de l'huile essentielle de citron dans plusieurs maladies des yeux, *par M. Werlitz, M.-D.* — D'après les expériences que l'auteur a tentées à l'hôpital de la Charité de Berlin, l'huile essentielle de citron peut être employée avec avantage dans différentes affections des yeux, principalement : 1.° dans les ophthalmies qui tendent à passer à l'état chronique, et qui ont leur siége dans les membranes extérieures de l'œil, surtout dans les cas où les petits vaisseaux présentent des dilatations variqueuses ; 2.° dans les ophthalmies rheumatiques, blennorrhagiques et scrofuleuses ; 3.° dans le pannus et le ptérygion ; 4.° dans plusieurs cas de taies de la cornée transparente ; 5.° enfin, dans les cas où le tissu de cette membrane est ramolli et prend un aspect spongieux.

Voici la manière dont il convient d'employer cette substance ; on coupe une tranche d'écorce de citron d'environ un pouce de long sur un demi-pouce de large ; et par une légère pression, on fait jaillir

dans l'œil affecté les petites gouttelettes d'huile volatile qui remplissent les glandules dont est parsemée cette écorce. Ces gouttelettes s'échappent sous forme d'un petit nuage; et l'impression qu'elles produisent dans l'œil, quelquefois très-vive, se prolonge souvent pendant une heure ou deux. Cependant l'organe ne tarde pas à s'y habituer. Mais, dans le cas où la douleur produite serait trop forte, on la calmerait au moyen de fomentations froides. Cette application peut être réitérée de cinq à douze fois par jour, selon qu'elle occasionne plus ou moins d'irritation.

L'huile essentielle de citron paraît agir principalement en activant la circulation capillaire, et en déterminant la résorption des liquides épanchés dans le tissu des membranes de l'œil. Son action est donc analogue à celle de la teinture thébaïque; mais, comme ce médicament n'exige aucune préparation pharmaceutique, et qu'au contraire il est peu dispendieux et se rencontre facilement sous la main, nous pensons qu'il serait utile d'en soumettre l'emploi à une observation attentive.

L'auteur termine son mémoire par les détails de sept cas de guérison de diverses affections de l'œil, traitées par la méthode que nous venons d'indiquer. (*Observationes de olei citri recens expressi usû, in quibusdam oculorum morbis. Diss. inaug.* 1828; *et Journal für chirurg. und Augenheilk*, 1829.)

Anévrisme présumé du tronc innominé guéri par la ligature de la carotide. — *Obs. de M. Valentine Mott, professeur de chirurgie de New-York.* — « Moïse R. Gardner, âgé de 51 ans, fermier, d'une bonne constitution, et ayant toujours mené une vie régulière, vint me consulter au mois de mars 1829. Environ trois ans auparavant, disait-il, en démolissant un bâtiment, occupation qui l'obligeait à soulever de lourds fardeaux, il fut pris d'une douleur dans la partie supérieure et postérieure du cou, qui s'étendit plus tard à l'épaule et au bras droits, et cessa quelque temps après pour reparaître ensuite. La voix était rauque, ce qu'il attribuait à un rhume résultant d'un refroidissement qu'il aurait éprouvé. Au bout de dix-huit mois il découvrit, en se rasant, une petite tumeur située à la partie supérieure du sternum; mais il n'y aperçut de pulsations que quelque temps après. En examinant ce malade, continue M. Mott, je trouvai au-dessus du sternum une tumeur pulsative du volume d'un œuf de pigeon à-peu-près, s'étendant à quelque distance sous les portions claviculaire et sternale du muscle sterno-mastoïdien droit, sur le trajet de l'artère sous-clavière, se prolongeant en bas sur la plèvre jusqu'au niveau de la seconde côte, comprimant plus ou moins les bronches et produisant, à la moindre toux et au moindre exercice, un bruissement particulier. La pression la plus légère faisait disparaître

cette tumeur ; mais le malade se plaignait alors de gêne dans la respiration et de douleur. Les pulsations qui s'y faisaient sentir étaient isochrônes aux battemens du cœur, et ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. »

Incertain d'abord sur la possibilité d'une opération dans ce cas grave, M. Mott conseilla au malade de garder le repos, de se faire saigner et de se mettre à une diète purement végétale. La maladie ne fit que des progrès très-lents. « Cependant, le 12 septembre 1829, ajoute l'auteur, je trouvai que la tumeur avait augmenté jusqu'au volume d'une grosse noix, et un examen attentif, à l'aide du stéthoscope, me fit reconnaître qu'elle s'était également étendue dans la cavité de la poitrine. Le *bruit de soufflet* s'entendait distinctement ; les organes thoraciques étaient sains, et l'entrée de l'air dans les cellules pulmonaires se percevait comme dans l'état naturel. Cependant la respiration devenait extrêmement gênée lorsque le malade parlait, marchait ou toussait, et elle semblait presque complètement suspendue par la moindre pression sur la tumeur. Les pulsations de l'artère carotide droite étaient beaucoup plus faibles que celles de l'artère opposée ; on ne pouvait en distinguer aucune dans les branches de la carotide droite ; la sous-clavière droite, à partir de sa sortie de dessous les scalènes, paraissait dans l'état sain, tandis que l'axillaire et la brachiale se faisaient à peine sentir ; au poignet, le pouls était insensible ; du côté gauche, au contraire, les pulsations de toutes les artères étaient régulières. La santé générale était bonne.

« En réfléchissant sur ce cas grave, et en comparant la situation relative des parties, je demeurai convaincu que l'anévrysme avait son siége dans le tronc innominé, et qu'il enveloppait la sous-clavière et l'origine de la carotide. D'après cette opinion, je crus devoir recourir à la méthode de Brasdor, et le cas qui se présentait me parut une occasion favorable de tenter cette opération, que M. Wardrop a remis récemment en pratique avec succès. »

Le malade, plein de confiance, réclamait l'opération ; M. Mott se décida à la pratiquer, et le 26 septembre, il lia l'artère carotide droite à la manière ordinaire et sans aucun accident digne d'être rapporté. La suspension de la circulation dans le bras droit, et les efforts manifestes qu'avait faits la nature pour amener la guérison de la maladie, engagèrent le chirurgien à tenter d'abord la ligature de la carotide pour voir ce qu'il en résulterait, décidé à lier la sous-clavière si cela devenait nécessaire. Le lendemain de l'opération, vers neuf heures du matin, le malade avait bien dormi et se sentait plus à son aise ; il croit qu'il respire plus librement ; du reste, légère douleur en avalant ; pouls à 58 pulsations par minutes, régulier et calme ; peau fraîche et bonne ; les pulsations et le volume de la tumeur ont

évidemment diminué. Le soir, agitation dépendant d'inquiétude, pouls dur, donnant 68 battemens par minute. Comme le malade est habitué à l'usage du laudanum, on lui permet d'en prendre une petite cuillerée. Le second jour, au matin, respiration, même au dire du malade, plus facile qu'avant l'opération; battemens de la tumeur beaucoup diminués; pouls à 63 pulsations par minutes, moins dur; toux moins fréquente. (*Prescription : magnésie calcinée, et sel d'epsum.*) Le soir, le pouls de l'artère radiale droite est très-distinct, mais il offre une intermission toutes les dix ou quinze pulsations; au bras gauche, il donne 80 battemens par minute; toux fréquente, mais expectoration facile; langue un peu blanche, etc. Le troisième jour, la voix du malade est pleine et presque revenue à son état naturel; le malade dit qu'il se sentirait assez bien pour se lever; toux et l'expectoration sont diminuées, la respiration tranquille, le pouls régulier et présentant 71 pulsations; les intermissions du côté droit sont moins fréquentes, mais un peu plus longues; la peau qui recouvre la tumeur se ride, et les battemens y sont moins fréquens et moins forts. Le soir, inspiration profonde, sans le moindre bruissement; le pouls du côté droit paraît avoir repris sa régularité normale; à gauche, il ne donne que 62 pulsations à la minute. Le quatrième jour, le mieux continue; la plaie commence à suppurer, on la panse simplement. Le sixième jour, la toux paraît un peu augmentée; cependant le malade dit qu'il se sent tout-à-fait bien; on lui administre une pilule purgative et du sulfate de magnésie, pour combattre la constipation. Le septième jour, la toux et les crachats diminuent notablement. Le huitième, on peut presser fortement la tumeur sans déterminer la moindre douleur ni la moindre gêne dans la respiration. Le quatorzième jour, la tumeur est considérablement diminuée, et les battemens y sont à peine sensibles; le pouls du côté droit est très-faible. Le vingtième jour, la ligature tombe spontanément; la tumeur a complètement disparu, ainsi que les battemens; la voix est revenue tout-à-fait à son état naturel; l'artère radiale droite ne donne que de temps à autre de très-faibles pulsations; la main de ce côté est un peu gonflée, le malade y éprouve de l'engourdissement, et se plaint de ne pouvoir la fermer. Le vingt-sixième jour, la plaie est cicatrisée; la faiblesse du bras droit est très-grande; ce membre est gonflé et œdémateux; les doigts sont raides et tuméfiés; la respiration est libre, et le malade peut se coucher dans toutes les positions, ce qu'il n'avait pu faire depuis fort long-temps. Enfin, le trentième jour, il part pour retourner à New-Jersey, parfaitement guéri de sa tumeur anévrysmale. (*The American Journal of the Medical Sciences*, février 1830.)

ANÉVRYSME PAR ANASTOMOSE, LIGATURE DES DEUX CAROTIDES PRI-

MITIVES. — *Observ. par M. R. D. Mussey, professeur d'anatomie au collége de Dartmouth.* — « J. Pattée, garçon de ferme, âgé de 20 ans, vint me consulter au mois de septembre 1827, pour une tumeur pulsative, d'un rouge foncé, située sur le sommet de la tête, et dont la base avait environ cinq pouces de diamètre, et faisait une saillie d'un pouce et demi à deux pouces. Cette maladie existait depuis l'enfance de Pattée, mais elle avait considérablement augmenté pendant les trois dernières années. La tumeur présentait à son sommet une ulcération indolente d'un pouce de diamètre, qui avait commencé deux ans auparavant, s'était élargie lentement, et qui, pendant le printemps et l'été précédens, avait laissé échapper du sang, une fois même jusqu'à la quantité d'environ deux livres. L'artère et la veine temporales gauches, au devant de l'oreille, paraissaient à travers les tégumens avoir acquis un calibre d'à-peu-près cinq huitièmes de pouce; ce cordon vasculaire, dans son trajet tortueux sur la région temporale, même jusqu'à la base de la tumeur, faisait une saillie telle, qu'on en pouvait apercevoir les pulsations à une distance de quinze pieds. Une veine qui, de la tumeur descendait sur le front, était dilatée au point de présenter un demi-pouce de diamètre; et lorsqu'on eut rasé la tête, on aperçut plus d'une vingtaine d'artères se portant vers la tumeur, et qui, même à travers la peau, paraissaient avoir le volume d'une plume d'oie. Tous ces vaisseaux présentaient des pulsations très-actives. Curieux de savoir ce que produirait la ligature des grandes artères, qui fournissaient les branches dont je viens de parler, je liai, le 20 septembre, la carotide primitive gauche. La tumeur, après cette opération, était un peu moins tendue et moins livide; mais les battemens des nombreuses artères du côté droit de la base de la tumeur montraient évidemment que le sang y arrivait encore librement. Douze jours après cette première tentative, j'appliquai une autre ligature sur la carotide primitive droite; immédiatement après, la face présenta une grande pâleur; mais ce à quoi l'on était loin de s'attendre, c'est que les fonctions du cerveau ne parurent point sensiblement troublées; il ne survint ni nausées ni syncope; le malade se leva seul de dessus le lit où il avait été opéré, et non-seulement se tint parfaitement sur ses jambes, mais encore il remit tranquillement son gilet, son habit et sa cravate; il descendit ensuite deux étages, monta dans une voiture, et se fit conduire chez lui, sans éprouver le moindre symptôme de faiblesse ou même de malaise. Après cette opération, la tumeur fut recouverte de compresses trempées dans une dissolution d'alun, et maintenues par un bandage disposé de manière à exercer une légère pression. Elle diminua progresssivement; et au bout d'un mois environ, elle sembla rester stationnaire, et même, cinq ou six jours après, augmenter un peu;

sa couleur était un peu plus foncée, et on pouvait sentir de temps en temps dans l'artère temporale gauche un léger frémissement isochône aux pulsations des autres artères. Les choses étant dans cet état, et convaincu que je ne pouvais rien obtenir de plus des moyens précédemment employés, je me décidai à faire l'extirpation de la tumeur. Je pratiquai cette opération le 22 novembre, environ six semaines après l'application de la seconde ligature. Je circonscrivis la tumeur par une incision de la peau, et je disséquai ensuite la masse morbide aussi vite que possible pour la détacher du péricrâne. Je mis plus d'une heure à pratiquer l'incision circulaire, et cela pour éviter une grande perte du sang. Je ne divisais pas plus d'un pouce et demi des tégumens à-la-fois; et aussitôt après la section, je faisais comprimer fortement les bords de l'incision, et je liais avec soin les vaisseaux artériels : le nombre des ligatures que je fus ainsi obligé d'appliquer sur toute la circonférence fut de plus de quarante. Néanmoins, malgré ces précautions, le malade perdit environ deux livres de sang durant cette opération; il éprouva une grande faiblesse, qui persista pendant plusieurs heures. Le péricrâne, mis à nu dans une étendue d'environ vingt-cinq pouces carrés, se couvrit de bourgeons charnus, et au bout de deux mois, cette vaste plaie était presque cicatrisée. Il fallut cependant encore plusieurs mois pour que la cicatrice acquît une solidité convenable. Au mois d'avril suivant, Pattée, parfaitement guéri, reprit ses travaux habituels, qu'il a toujours continués depuis sans accident. »

A cette observation intéressante est jointe une figure au trait, représentant la tête avec la tumeur. (*The american journal of the medical sciences*; février 1830.)

Taille recto-vésicale, difficultés de l'extraction d'un calcul très-volumineux. — Un homme de 32 ans, d'une constitution lymphatique et épuisé par de longues souffrances, éprouve, depuis près de vingt ans, les symptômes de la pierre : la violence des douleurs s'est considérablement accrue depuis deux ans. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le courant de mars. Des explorations réitérées, soit à l'aide de l'index introduit dans le rectum, soit à l'aide du cathéter, convainquirent M. Dupuytren que la pierre était volumineuse, qu'elle s'étendait jusqu'au col de la vessie, occupait la moitié droite de l'organe, et qu'elle était peu mobile. Cette dernière circonstance fit juger à M. Dupuytren que la taille sus-pubienne n'était point praticable, et que la taille par la méthode de M. Sanson était la seule qui pût ouvrir au calcul une voie suffisamment large, et qui permit de le dégager du lieu où il était fixé. Le 7 avril, l'opération fut pratiquée suivant cette méthode, avec cette particularité que les sphincters de l'anus furent incisés en arrière, pour donner plus d'étendue à

l'ouverture extérieure, et prévenir l'inconvénient qu'ils ont, après l'opération, de pousser en avant, vers la vessie, les matières fécales. Du reste, les incisions faites comme d'ordinaire, la poche urinaire ouverte, on procéda sur-le-champ à l'extraction. De bonnes tenettes, dont les cuillers s'écartent parallèlement, sont introduites, et le calcul saisi avec facilité; mais il résiste à des tractions assez fortes, pendant lesquelles il échappe aux mors sans être entamé. Il est saisi une seconde fois. La masse est brisée, et les tenettes en emportent un fragment du volume d'une petite noix. L'opérateur employant tour à tour les pinces, la curette et l'index, retire une douzaine de fragmens de volume variable. Il croyait avoir terminé, lorsqu'il rencontre, à la partie postérieure et droite du bas-fond de la vessie, un fragment immobile, quoique libre dans presque toute sa périphérie. Il le juge engagé dans l'uretère, et parvient, non sans effort, à le dégager. La manœuvre avait duré de vingt à trente minutes, et le malade avait témoigné d'assez vives souffrances. L'effusion de sang avait été presque nulle; on prescrit des sangsues au périnée, et après leur chute un demi-bain. Les jours suivans, des douleurs à la poitrine et au bas-ventre se développèrent, la fièvre s'alluma, et le malade succomba le 11 avril au matin. L'autopsie fit voir l'appareil urinaire dans l'état suivant: L'incision, un peu frangée et commençant au bulbe de l'urètre, se prolongeait jusqu'à deux ou trois lignes du repli péritonéal qui passe de la vessie au rectum, et qui était intact. Il y avait une inflammation du rectum et du tissu cellulaire qui entoure le bas-fond de la vessie. La vessie présentait à gauche une lacune peu profonde, mais à droite, et immédiatement au-dessous de l'uretère, on voyait une cellule capable d'admettre la moitié du doigt, et dans laquelle probablement était logée une partie du calcul, car on y retrouva quelques débris de pierre; le fond en était enflammé et suppurant. L'uretère de ce côté était manifestement rétréci, le rein atrophié; le rein et l'urètre opposés, agrandis et dilatés. Le péritoine, modérément enflammé, contenait une assez grande quantité de sérosité trouble. A la suite de l'examen des pièces pathologiques, M. Dupuytren a dit que désormais, dans des circonstances telles que celles offertes par le malade dont on vient de lire l'histoire, il n'hésiterait plus à donner la préférence à la taille sus-pubienne. (*La Lancette*, t. III, n.os 26 et 28.)

Taille hypogastrique, calcul énorme dont l'extraction ne peut être faite qu'après qu'il a été brisé. — Simon, d'Arbois (Jura), âgé de 33 ans, éprouvait depuis environ vingt-cinq ans les symptômes ordinaires de la pierre. Ces signes furent cependant à-peu-près méconnus pendant bien long-temps, quoiqu'ils eussent offert à différens intervalles un développement très-intense. Mais ce ne fut qu'en 1825

et 1826 que la fréquence des envies d'uriner, les douleurs, etc., se déclarèrent avec plus de force et d'opiniâtreté. A dater de cette époque, le mal s'est aggravé de jour en jour; et depuis trois mois le malade a renoncé au travail et s'est même vu forcé de garder le lit. Dès-lors besoins presque continuels d'uriner, grande difficulté et vives douleurs pour les satisfaire : le malade fait des efforts tels, que le fondement sort de un à deux pouces; les urines sont chargées de mucosités purulentes souvent teintes de sang; perte de l'appétit, du sommeil; état fébrile continu; amaigrissement rapide. Dix jours de repos, depuis l'arrivée du malade à Paris et son entrée à l'Hôpital Necker, ont à peine dissipé les fatigues du voyage. L'état de ce malheureux devient plus fâcheux de jour en jour, et lui fait désirer ardemment d'être délivré de la cause de ses souffrances. Le cathétérisme donne de fortes présomptions que la pierre est très-volumineuse; en plaçant un doigt dans le rectum et l'autre main sur la région hypogastrique, on reconnaît une tumeur qui fait saillie dans l'intestin, en même temps qu'elle s'élève à environ deux pouces au-dessus du pubis. Cette tumeur est susceptible d'être déplacée par la pression alternative de l'une et l'autre mains. Toute autre opération que la taille sus-pubienne était évidemment impossible; et les chances, bien faibles, il est vrai, du succès, décidèrent M. Civiale à la pratiquer. L'injection de la vessie fut douloureuse, l'introduction de la sonde à dard difficile, d'abord à cause d'un rétrécissement au méat urinaire, puis parce que l'instrument ne pouvait se placer entre le calcul et la vessie. L'incision des tégumens dut avoir une étendue considérable : elle fut commencée à trois pouces et demi au-dessus du pubis, et continuée jusqu'au niveau du milieu de cette symphyse. La ponction et l'incision de la vessie n'offrirent rien de particulier. Le calcul remplissait exactement la cavité de la vessie; il eût été impossible d'introduire et de placer convenablement des tenettes ordinaires. M. Civiale avait fait construire des *tenettes forceps*, dont il introduisit successivement l'une et l'autre branches. Après qu'elles furent assemblées, leur écartement extrême eut bientôt fait reconnaître que le calcul ne pourrait être extrait que par fragmens. Faisant donc un effort violent, M. Civiale sentit et annonça que la pierre cédait, et, en effet, elle ne tarda pas à éclater. Des tenettes simples et la curette remplacèrent alors la tenette à forceps. La courbure de quelques-unes des couches superficielles du calcul était telle qu'on aurait dit qu'elles appartenaient à un sphéroïde de la grosseur d'une tête d'enfant. Le nombre des fragmens semblait se multiplier à mesure qu'on plongeait les tenettes dans la vessie; pendant plus d'un quart d'heure on ne cessa d'en retirer. Un phénomène remarquable eut lieu pendant ces manœuvres. A plusieurs fois les muscles de l'ab-

domen, contractés convulsivement, serraient les tenettes si violemment dans la vessie, qu'il fallait attendre leur relâchement pour mouvoir et retirer l'instrument. Une quantité assez notable de sang s'était écoulée pendant l'opération, qui dura trois quarts d'heure. Après un pansement simple et la réunion de la plaie, le malade fut reporté dans son lit, réduit au dernier degré de prostration. Deux heures après il était mort. *L'autopsie* fut faite le lendemain. Le volume des reins était considérablement augmenté; le droit surtout était au moins du double plus gros que dans l'état ordinaire. Leur couleur était d'un rouge très-foncé, presque noir. Leur tissu était généralement ramolli à l'intérieur, et dans quelques points réduit à une véritable pulpe grisâtre. Plus profondément ce tissu semblait moins altéré, mais les calices avaient une capacité énorme, et venaient s'ouvrir dans un bassinet également fort large. Les uretères étaient dilatés. Les parois de tous ces conduits étaient notablement épaissies et injectées. La vessie avait au moins un demi-pouce d'épaisseur, qu'elle devait à l'hypertrophie de la tunique musculaire. Sa surface interne était parsemée de plaques pseudo-membraneuses d'un gris sale, faisant relief sur un fond noir, et variant par leur étendue et leur épaisseur. On les enlevait aisément, et sous elles la membrane muqueuse était rosée. Le tissu environnant était mollasse et fongueux. Le sang qui s'était écoulé pendant l'opération paraissait avoir été fourni par l'incision de la partie de la vessie voisine du col. Le péritoine n'avait point été intéressé. (*Gazette médicale*, T. I, n.° 16; *La Lancette*, T. III, n.° 27.)

Accouchemens.

Emploi du seigle ergoté dans un cas d'hémorrhagie par suite d'inertie de l'utérus; *Observ. communiquée par M. P. L. Maurage.* — Je fus appelé le 22 février 1830, auprès d'une femme qui était accouchée naturellement vers les 3 heures du matin, après un travail long et douloureux; j'arrivai vers les dix heures, la délivrance n'avait pas eu lieu, et une hémorrhagie utérine très-abondante survenue immédiatement après la sortie de l'enfant continuait toujours, et produisait de fréquentes défaillances; cette femme était dans un abattement général; la face était pâle et décolorée, le pouls était d'environ 60 pulsations, mais faible et peu sensible, sans être serré; l'hémorrhagie continuait toujours. En palpant l'abdomen, je reconnus que l'utérus ne formait aucune saillie; le ventre était souple, point douloureux; le col de l'utérus était mou et permettait facilement l'introduction de la main; je reconnus que le placenta était encore adhérent dans presque toute son étendue utérine, et,

que seulement un de ses bords était détaché dans l'espace d'environ deux doigts; l'utérus me parut dans un état de relâchement complet; des titillations exercées dans son intérieur avec la pulpe des doigts, pendant qu'à l'extérieur l'autre main faisait des frictions sur l'abdomen, ne produisirent aucune contraction. Cet état me fit craindre que dans le cas où je chercherais à détruire de force les adhérences du placenta pour l'extraire, s'il ne survenait pas de contractions utérines, l'hémorrhagie n'en fût encore que plus violente; je résolus de tenter l'emploi du seigle ergoté; je retirai ma main de l'utérus; environ quinze minutes s'étaient écoulées pendant cette exploration. J'avais sur moi de l'ergot de seigle grossièrement pulvérisé; j'en fis infuser 10 grains dans environ 4 onces d'eau chaude sucrée, que je fis prendre en une seule fois à la malade (l'hémorrhagie continuait toujours); quinze minutes environs après avoir pris cette infusion, l'hémorrhagie commença à diminuer, sans que la malade éprouvât aucune douleur; une heure après, la diminution était de plus de moitié, mais l'utérus ne revenait toujours pas sur lui-même, et la main appliquée sur l'hypogastre ne le sentait toujours pas. Deux heures après avoir pris cette première dose, j'administrai dix autres grains en infusion semblable. Vingt minutes environ après cette seconde dose, la métrorrhagie avait totalement cessé, et l'on commençait à sentir distinctement à travers les parois de l'abdomen la forme de l'utérus; de légères douleurs intermittentes se développèrent dans la région lombaire, la femme les comparait aux premières douleurs du travail de l'accouchement. Après avoir attendu environ encore une heure, je fis quelques essais pour extraire le placenta : je trouvai le col de l'utérus resserré, ne permettant que l'introduction de deux ou trois doigts; en explorant l'intérieur de l'utérus, je saisis le placenta par son bord flottant (le cordon ayant été rompu peu après l'accouchement), je le trouvai fortement adhérent; et comme l'hémorrhagie était arrêtée, et que rien ne forçait à agir promptement, j'attendis encore deux heures, au bout desquelles les douleurs lombaires cessant et le placenta étant encore adhérent, j'administrai une troisième dose également de dix grains; quinze minutes après, les douleurs lombaires reparurent, et au bout d'une heure environ, survint quelques contractions utérines, qui, peu-à-peu, en trois ou quatre heures, expulsèrent sans accident la totalité du délivre : cette sortie ne fut accompagnée d'aucune hémorrhagie ni de douleurs vives; dans la nuit les lochies vinrent, mais sans être plus abondantes que dans un accouchement ordinaire, et suivirent ensuite leurs périodes régulièrement; le ventre ne devint point douloureux, et aucun accident n'entrava le prompt rétablissement de cette femme.

Pharmacologie. Toxicologie.

PROPRIÉTÉ DU SULFATE DE QUININE D'ACCÉLÉRER L'ACTION DU MERCURE, *par M. William Harty, M. D. de Dublin.* — « Pendant les deux dernières années, les fièvres intermittentes ayant régné d'une manière extraordinaire à Dublin et dans ses environs, j'eus occasion d'en traiter un grand nombre, tant en ville que dans les hôpitaux. Au printemps dernier, plusieurs maladies de cette nature se montrèrent parmi les femmes détenues à la prison de Richemond. Je leur administrai le sulfate de quinine, et leur fis prendre en même temps des pilules contenant du calomel et de la scammonée. Quoique j'eusse déjà vu des salivations se manifester subitement, après quelques doses de ces pilules, chez quelques-unes de ces femmes, je fus cependant très étonné de la rapidité et de la violence avec lesquelles la plupart de celles qui faisaient usage de la quinine furent prises de ptyalisme; cependant, comme les femmes sont très facilement affectées par les préparations les plus douces de mercure, je m'arrêtai peu à l'idée qui me vint dès-lors, que l'un des médicamens pouvait influer sur l'action de l'autre, et je l'aurais complètement négligée si les prisonniers de la maison de Newgate ne m'eussent fourni de nouveaux exemples de ce fait. Deux de ces hommes, qui avaient eu précédemment des accès de fièvre intermittente, éprouvèrent une rechute; et comme le foie paraissait malade, je leur fis prendre deux grains de pilules bleues (1) trois fois par jour, avec une dose égale de sulfate de quinine. La salivation se déclara très-promptement chez ces deux malades; la fièvre cessa, et je discontinuai l'usage des pilules mercurielles. Au bout de quinze ou seize jours après la cessation du ptyalisme, l'un d'eux eut une seconde rechute; le malade, qui avait beaucoup souffert de la salivation, me pria de ne plus lui donner de mercure; je me rendis à sa demande, et je me bornai à lui administrer trois grains de sulfate de quinine toutes les six heures. L'homme, quelques jours après, se plaignit de ce que je l'avais trompé; et pour me le prouver, il me montra ses gencives, qui étaient de nouveau rouges et gonflées. Quoiqu'en ce moment je fusse tout disposé à admettre l'influence de la quinine sur l'action mercurielle, j'étais loin de penser qu'après la cessation apparente de cette action elle pût être provoquée de nouveau par la quinine. J'interrogeai donc M. Nicholls, le pharmacien de la prison, sur la composition des pilules qui avaient été administrées, et ses réponses me convainquirent qu'il n'avait pu commettre aucune er-

(1) Ces pilules sont composées de : mercure métallique, 2 parties conserve de roses, 3 parties, réglisse pulvérisé, une partie, trois grains contiennent un grain de mercure.

reur. J'ai depuis observé une dixaine de cas analogues, que j'ai successivement signalés à plusieurs de mes confrères, dans le but d'attirer leur attention sur ce point intéressant. J'en vais seulement rapporter deux, qui me semblent encore plus concluans que les précédens. Un petit garçon de quatre à cinq ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut pris d'une fièvre tierce violente. Comme la langue était sale, et que le ventre faisait mal ses fonctions, je lui fis prendre trois grains de calomélas, qui le purgèrent copieusement et produisirent une amélioration sensible. J'administrai ensuite la quinine en solution; au bout de six jours, je répétai la même dose de calomel, qui produisit un effet semblable, et je continuai en même temps l'usage du sulfate de quinine. La fièvre disparut rapidement; mais il survint la salivation la plus grave que j'aie jamais observé, et dont l'enfant ne fut complètement guéri qu'au bout de six semaines. Un médecin de mes amis, auquel j'avais communiqué ces faits, fut attaqué d'une fièvre intermittente quotidienne, et fit d'abord usage du quinquina, puis du sulfate de quinine. Les accès quotidiens continuant, quoique avec moins de violence, et les matières fécales paraissant très-bilieuses, on lui conseilla de prendre cinq grains de pilules de Plummer (contenant un grain de calomel), et de répéter cette dose chaque jour; mais, moins de six heures après la prise de la première pilule, il éprouva manifestement les premiers symptômes de l'action mercurielle; et il put à peine en croire ses sensations, jusqu'à ce qu'il se fut rappelé les faits que je lui avais signalés. » (*The Edinburg medical and surgical Journal*, octobre 1829.)

Potassium employé comme caustique. — Le docteur Graefe, supposant que ce métal devait réunir les deux modes d'action du cautère actuel et du cautère potentiel, se détermina à l'employer. Voici comment il s'y prit : il fit recouvrir la partie qu'il voulait cautériser avec un morceau de carton mouillé, et percé d'un trou vers le centre. Sur cette ouverture, il plaça un cylindre de cuivre d'un pouce de hauteur, et l'y maintint au moyen d'un manche d'un pied de long. Un morceau de potassium, du volume d'une fève, retiré rapidement de l'huile de pétrole, dans laquelle il était conservé, fut placé sur la peau, et tandis qu'on maintenait le cylindre de cuivre et le carton mouillé fortement appliqués sur la surface cutanée, on jeta quelques gouttes d'eau sur le métal. Il en résulta immédiatement une violente douleur qui ne dura que quelques secondes; après quoi, le cylindre et le carton ayant été enlevés, on trouva une escarrhe gélatineuse d'un jaune brunâtre, que l'on pansa de la même manière que celle d'un moxa. M. Graefe a employé ce genre de cautérisation dans quatre cas de tumeurs blanches du genou. Deux, dit-il, furent complètement guéris, et les deux autres considérablement améliorées. (*Journal für Chirurgie und Augenhiel-Kunde*. 1829.)

NITRATE D'ARGENT, RÉACTIF DE L'ARSENIC. — *Par M. Patrick Forbes, professeur de chimie au collége royal d'Aberdeen.* — Après avoir rappelé succinctement les objections que l'on a fait à l'emploi du nitrate d'argent pour découvrir de petites quantités d'arsenic, M. Forbes passe à l'exposition de la méthode qu'il propose, et qui, suivant lui, fait disparaître toutes les causes d'incertitudes qui naissent de la présence de l'acide muriatique, ou de quelques-unes de ses combinaisons ou de celle des phosphates alcalins; elle a encore l'avantage d'être d'une simplicité telle, que toute personne capable de faire la moindre manipulation chimique peut l'exécuter sans difficulté. Voici en quoi consiste ce procédé:

1.° On filtre avec soin le liquide suspect, et s'il est trop visqueux pour pouvoir le faire facilement, on l'étend avec de l'eau distillée chaude. Si après la filtration il est coloré, on injectera encore de l'eau distillée jusqu'à ce que la couleur ait disparu. On y verse ensuite goutte à goutte une dissolution de nitrate d'argent jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité. Le nitrate d'argent précipite l'acide muriatique libre et toutes ses combinaisons, décompose tous les phosphates alcalins, et précipite l'acide phosphorique en combinaison avec l'argent, mais n'a pas d'action par simple affinité sur l'acide arsénieux. La liqueur est filtrée de nouveau, et on y ajoute une nouvelle quantité de solution de nitrate d'argent. Alors, si la quantité de ce réactif d'abord employée a été insuffisante, il ne se formera plus de précipité. S'il s'en formait un, on ajouterait au liquide un excès de nitrate d'argent, et on le filtrerait de nouveau. Alors on prend une petite tige de verre, et on en trempe le bout dans une solution d'ammoniaque pure, puis on touche la surface de la liqueur suspecte avec cette extrémité ainsi humectée d'ammoniaque. Au bout de quelques minutes, si elle contient de l'acide arsénieux, on voit se former un précipité abondant de la couleur jaune bien tranchée propre à l'arsenite d'argent.

« 2.° Il faut faire bien attention à n'ajouter ainsi qu'une très-petite quantité d'ammoniaque; car ce réactif en excès a la propriété de redissoudre l'arsenite d'argent. Cependant cette propriété de l'ammoniaque fournit le moyen de faire une contre-épreuve décisive : en effet, après que le précipité est entièrement formé, il suffit de verser dans le liquide un excès d'ammoniaque pour que ce précipité, s'il est dû à l'arsenite d'argent, se redissolve complètement, et que la liqueur reprenne une transparence parfaite.

« 3.° Si l'on ajoute à cette liqueur incolore et transparente de l'acide nitrique de manière à saturer l'ammoniaque, on voit à l'instant reparaître le précipité jaune d'arsenite d'argent.

« 4.° On peut alors recueillir le précipité, le dessécher complètement

le mêler avec une quantité convenable de flux noir aussi parfaitement sec, placer le mélange dans un tube de verre, et à l'aide de la chaleur obtenir l'arsenic à l'état métallique.

« On remarquera que je n'ai pas recommandé de faire bouillir les matières contenues dans l'estomac dans de l'eau avant d'employer le réactif. La raison en est que je pense qu'il faut éviter avec soin de faciliter la combinaison de l'acide arsénieux avec les alcalis qui pourraient exister dans la masse suspecte, combinaison qui empêcherait certainement la réussite de l'expérience. L'eau chaude, jetée sur le filtre sur lequel sont placées les matières contenues dans l'estomac, suffit toujours pour entraîner avec elle tout l'acide arsénieux qui s'y trouve, et n'apporte ensuite aucun obstacle à l'analyse.

« L'emploi du nitrate d'argent pour déceler la présence de l'arsénic, tel que nous venons de le présenter, se recommande par sa simplicité et par la facilité de se procurer les substances qui sont nécessaires. Cependant il ne doit pas faire renoncer à l'usage de l'hydrogène sulfuré, qui fournit aussi des preuves très-manifestes de la présence de ce poison. Il faut soumettre à ces deux méthodes d'expériences le liquide suspect, et si leurs résultats s'accordent, il ne doit plus rester le moindre doute sur la présence de l'arsénic au médecin-juriste, qui pourra ainsi donner sans hésitation ses conclusions.

« Si l'on voulait s'assurer de l'exactitude des faits ci-dessus énoncés, on n'aurait qu'à faire un mélange de quelques muriates ou phosphates alcalins avec une dissolution d'arsénic, et de la décoction d'oignons et de café, etc., et qu'à en faire l'analyse ainsi qu'il a été dit plus haut.

« Je dois faire remarquer, en terminant, qu'il faut garantir le précipité de l'action des rayons directs du soleil; car il deviendrait noir aussitôt à cause de l'action de la matière végétale sur le nitrate d'argent. (*The Edinburgh and surgical journal*; octobre 1829.)

Académie royale de Médecine. (Avril.)

Séance du 30 *mars.* — ANOPSIE. — Lettre de M. Luzardi, qui exprime que le vice de conformation appelé *anopsie*, sur lequel M. Ollivier a fait un rapport dans la séance du 2 mars (*Voyez* le tome présent des *Archives*, pag. 415), est plus fréquent qu'on ne croit, et qui en cite deux exemples qu'il a observés en 1828 et en 1829. Dans l'un de ces exemples, les deux yeux manquaient; l'enfant était né avec les paupières ouvertes, et dans le vide des orbites auraient pu être

placés deux yeux artificiels. Dans l'autre exemple, un chirurgien ouvrit, quelques mois après la naissance, les deux paupières qui étaient collées l'une à l'autre, et du côté droit il y avait un œil nullement déformé, mais très petit, atrophié; à travers la pupille de cet œil, on y voyait une cataracte congéniale membraneuse.

Empoisonnement par les préparations mercurielles. — M. Orfila lit un mémoire sur la question de savoir, si l'existence d'une certaine quantité de mercure métallique dans le canal digestif d'un individu qui a succombé avec les symptômes d'un empoisonnement aigu, suffit pour prouver qu'il y a empoisonnement, lorsqu'il est avéré que le mercure n'a été, ni avalé, ni injecté dans le rectum à l'état métallique. Ce mémoire devant être inséré dans le numéro prochain, nous n'en présenterons pas l'analyse.

Avantages des sutures. — M. Serres, médecin de Montpellier, lit un mémoire intitulé : *Réflexions critiques sur le mémoire de Pibrac*, relatif aux *sutures*. Selon M. Serres, les faits divers que contient le mémoire de Pibrac ne prouvent rien contre l'utilité de la suture pour la réunion des plaies récentes, et surtout des plaies de l'abdomen; et à l'appui de l'idée que la suture est très-fréquemment un des meilleurs moyens d'obtenir la réunion immédiate, M. Serres invoque l'autorité de MM. Dupuytren, Roux et Lisfranc. Dans une prochaine séance, il communiquera plusieurs faits dans lesquels la suture a été pour la réunion des plaies de la plus incontestable utilité.

Abstinence et diète. — M. Piorry commence la lecture d'un mémoire intitulé : *Des dangers de l'abstinence et de l'alimentation insuffisante*. Dans ce mémoire, ce médecin recherche, d'après l'observation et les raisonnemens, quels sont les effets de l'abstinence absolue et de l'alimentation insuffisante sur le sang, les muscles, le cœur, les poumons, le tube digestif et ses annexes, et le système nerveux. Il avance que l'abstinence rigoureuse et prolongée diminue la quantité du sang, la proportion de fibrine qui existe dans ce liquide, le volume et la consistance des muscles, celle du cœur lui-même; les tissus se décolorent, les veines s'affaissent, le cœur et les artères battent avec moins de force; l'individu éprouve tous les changemens anatomiques et physiologiques qui suivent les pertes de sang. M. Piorry conclut de ces faits, qu'il y a souvent du mal à exagérer la diète dans les maladies, et il se propose de passer toutes celles-ci en revue sous ce rapport. Il commence par celles du cœur, et, selon lui, la diète nuit dans les hypertrophies de cet organe, quoi qu'en ait dit Valsalva, surtout quand il y a rétrécissement des orifices; l'hypertrophie, en effet, est en ce cas une puissance nécessaire pour triompher des résistances qui résultent de ces rétrécissemens : il faut alors recourir aux saignées générales qui facilitent mécaniquement

la circulation, plutôt qu'aux saignées locales, et surtout à la diète, qui diminuent lentement la masse du sang et ont en outre l'inconvénient d'appauvrir ce liquide. Cela est surtout applicable, dit M. Piorry, aux hypertrophies dans lesquelles le cœur est mou et agit faiblement; il faut bien se garder alors du régime sévère qui convient aux hypertrophies dans lesquelles le cœur est dur et bat avec énergie. Il conteste aussi les avantages de la diète dans les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, attendu que le sang perd de sa plasticité, et que la rétraction de l'abdomen et des viscères qui sont contenus dans cette cavité fait refluer le sang en plus grande quantité dans les cavités du cœur et les gros vaisseaux.

Séance du 6 avril. — Peste d'Egypte. — Lettre de M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie, qui répète, 1.° que l'Égypte est un pays de peste; 2.° qu'il serait à-la-fois possible et facile d'anéantir dans ce pays toutes les causes de cette maladie; 3.° que déjà, par l'emploi des chlorures, on peut arrêter la propagation des épidémies pestilentielles; 4.° que l'antique Egypte s'était affranchie de ce fléau par ses magnifiques institutions d'hygiène; 5.° qu'enfin, l'Egypte moderne peut arriver au même but en perfectionnant les améliorations politiques qu'elle doit déjà à Méhémet Aly. M. Pariset envoie le compte rendu des travaux de l'Ecole de Médecine d'Abou Zabel, école fondée depuis deux ans, et qui, dirigée par M. Clot, médecin français attaché au pacha, contient déjà plus de cent élèves.

Gayac spécifique des affections rhumatismales et goutteuses. —M. Aliès, médecin à Coulommiers, lit un mémoire dans lequel sont rapportées 21 observations de rhumatismes divers, dont plusieurs étaient fort anciens et condamnaient les malades à des douleurs atroces, et qui ont cédé promptement et complètement à l'emploi du gayac. M. Aliès faisait bouillir dix à seize onces de gayac dans trois litres d'eau jusqu'à réduction à un litre, et ce litre était partagé en six doses égales, dont le malade prenait trois par jour, une le matin, une à midi, et l'autre le soir. Des malades ont pris ainsi en un mois, six semaines, jusqu'à quinze livres de gayac. L'estomac et l'intestin n'ont paru en éprouver aucune action sensible; il n'y a eu nul effet diarrhéique, sudorifique, diurétique; et comme M. Aliès n'a pas observé de ce médicament d'autre effet que la guérison du rhumatisme, ce médecin n'hésite pas à dire que le gayac a agi ici comme spécifique, et est aux affections rhumatismales et goutteuses ce que le quinquina et le mercure sont, le premier aux fièvres intermittentes, et le second à la syphilis.

Résection des polypes utérins. — M. Capuron, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. Lejeune, médecin à Rethel, relatif à la résection des polypes utérins. Déjà M. Dupuy-

tren a substitué en quelques cas pour la guérison des polypes utérins l'opération de la résection à celle de la ligature ; et M. Lejeune pense que l'on doit préférer la première de ces opérations comme plus prompte, plus facile et plus sûre, plus exempte de dangers. A l'appui de cette opinion, il cite dans son mémoire une observation dans laquelle il a guéri par la résection une femme qui portait, depuis plusieurs mois, un énorme polype utérin, du poids de quatorze onces, de trois pouces d'épaisseur, de treize de circonférence, et qui remplissait le tiers du vagin et une grande partie du bassin. Ce polype fut saisi avec de fortes pinces de Museux, tiré peu à peu hors de la vulve, et coupé dans son pédicule qui avait deux pouces de circonférence; il survint d'abord une hémorrhagie qui bientôt s'arrêta d'elle-même, et la malade, qui était très-affaiblie au moment où elle fut opérée, fut promptement guérie. M. Capuron remarque que la résection des polypes utérins n'est pas une invention de M. Dupuytren, puisque cette opération a été indiquée par Aëtius, et pratiquée par Fabrice d'Aquapendente. Il ajoute qu'un fait unique ne suffit pas pour faire proclamer la supériorité d'un procédé opératoire, et rappelle les succès qu'a eus l'opération de la ligature entre les mains de Desault et de Sabatier. Il objecte enfin que la méthode de résection ne pourrait au moins convenir à tous les cas, à ceux, par exemple, dans lesquels le polype serait très-gros, ou tellement mou, qu'on ne pourrait le saisir avec des pinces sans le déchirer. M. Rochoux reproche au rapporteur d'avoir mal saisi les opinions de M. Hervey de Chégoin sur les polypes utérins. Ce chirurgien, présent à la séance, expose qu'il y a sans doute beaucoup de polypes utérins avec pédicule, et naissant à la surface interne de la matrice ; mais qu'outre ces polypes dits *vésiculeux*, *spongieux*, et à la guérison desquels convient l'opération de la ligature, il en est d'autres dits *fibreux*, qui naissent dans l'épaisseur des parois mêmes de l'utérus, et par conséquent sans pédicule. Ces polypes fibreux, naissant cependant d'ordinaire plus près de la paroi interne de l'organe que de l'externe, sont recouverts par le plan musculeux interne de l'utérus ; mais à mesure qu'ils prennent du volume, celui-ci s'amincit, finit par se percer, et alors le polype s'en échappe comme d'une enveloppe. Or, c'est ce genre de polype à la guérison desquels l'opération de la ligature ne convient pas, et qu'il est bien mieux d'exciser.

Abstinence et diète. — M. Piorry continue la lecture d'un mémoire *sur les dangers de l'abstinence et de l'alimentation insuffisante*. Il considère les effets de l'abstinence et de la diète dans les maladies des organes respiratoires et digestifs. L'abstinence et la diète, dit-il, sont utiles dans la pneumonie aiguë, franche et récente ; mais elles sont nuisibles dans les pneumonies des vieillards,

suites d'un obstacle mécanique à la circulation ; son service à la Salpêtrière l'a mis à même de constater ce fait, et il a plus guéri de malades de ce genre par une alimentation tonique que par la diète et les délayans. M. Piorry remarque aussi que dans la phthisie pulmonaire la diète ne prévient ni le ramollissement des tubercules crus, ni la résorption du pus des tubercules ramollis et suppurés; et il en conclut qu'elle ajoute sans nécessité à la cause qui épuise le malade : il croit qu'alors une diète essentiellement animale serait souvent convenable, arguant de ce fait que les tubercules ne se montrent jamais dans les animaux carnivores, et, au contraire, sont très-fréquens chez les herbivores. Il avance que si la diète est indispensable dans les gastrites et entérites aiguës, elle nuit dans les derniers temps de ces maladies, même quand il y a encore défaut d'appétit, dégoût, état saburral de la langue, douleur, chaleur à l'épigastre, etc. Rappelant que les sucs propres de l'estomac sont acides, et peuvent corroder les parois mêmes de ce viscère, il pense que l'estomac sera moins irrité par des alimens que par la présence de ses sucs propres; il présume que plusieurs des ramollissemens observés dans la membrane muqueuse de l'estomac, à la suite des maladies de long cours, sont souvent les effets de l'action de ces sucs propres acides et d'une abstinence prolongée. Il rappelle enfin que celle-ci cause souvent la gastrite, comme on le voit chez les individus morts de faim.

Ipécacuanha dans les péritonites puerpérales. — M. Tonnelé lit un mémoire relatif à l'emploi de l'ipécacuanha dans les péritonites puerpérales. Ce mémoire a été déjà été inséré en partie dans les *Archives.*

Séance du 13 *avril.* — **Syphilis chez les nouveau-nés.** — M. le Secrétaire lit une observation de M. le docteur Veré Delisle, relative à un enfant nouveau-né guéri de la syphilis par des frictions mercurielles faites à la chèvre qui allaitait cet enfant. Une femme accouchée depuis trois mois, et qui nourrissait son enfant, contracta une maladie syphilitique caractérisée par des ulcérations à la partie interne des grandes lèvres et par un écoulement blennorrhagique. Son enfant présenta bientôt lui-même des pustules vénériennes et des ulcérations à la marge de l'anus. On fait choix d'une chèvre pour l'allaiter, et après avoir rasé le poil de la partie interne des cuisses de cet animal, on y fait tous les deux jours une friction avec un gros d'onguent mercuriel. En un mois, l'enfant fut guéri. Une légère salivation survenue à la chèvre obligea de suspendre pendant huit jours les frictions : cet animal ne fut pas infecté. A l'occasion de cette observation, M. Husson rappelle que des essais du même genre sont rapportés dans les mémoires de la Société royale de médecine par Thou-

ret ; mais que ces essais n'ayant pas été heureux, c'est par l'intermédiaire de leurs nourrices qu'on traite dans les hôpitaux les enfans nouveau-nés atteints de syphilis.

Bandages herniaires. — M. Hervey de Chégoin lit un rapport sur de nouveaux bandages herniaires inventés par MM. Burat. Ces bandages sont faits sur le plan de ceux de MM. Salmon, Ody, Wikan, c'est-à-dire que le ressort n'est plus continu à la pelotte, mais est articulé avec celle-ci de manière à pouvoir se mouvoir sans imprimer à la pelotte aucun dérangement. Mais ils présentent, sur les bandages de Wikan, les deux perfectionnemens suivans : 1.° au lieu d'articuler la pelotte au ressort par charnière, ce qui laisse trop de mobilité à la pelotte et l'expose à se déranger en certains mouvemens, MM. Burat ont fait cette jonction avec un tourillon en métal, portant embase pour le recevoir ; il en résulte que le ressort se meut facilement de haut en bas, sans que la pelotte participe en rien de cette mobilité. 2.° Le ressort, au lieu d'être formé d'une seule lame d'acier, est composé de deux parties réunies par vis et formant charnière; d'où résultent deux avantages; d'une part, la facilité de descendre la pelotte antérieure suivant la position de la hernie et la conformation du malade; d'autre part, la position plus élevée de la pelotte de derrière, comparativement à celle de devant, ce qui fait que le bandage est plus solide et peut moins descendre que quand les deux pelottes sont à la même hauteur. Du reste, comme les bandages de Wikan, ceux de MM. Burat agissent par la pression du ressort, et se placent de manière que celui qui est destiné à maintenir une hernie gauche est appliqué à droite, et réciproquement. Comme leur ressort embrasse une plus grande partie du bassin, ils ont plus de solidité; cette solidité est telle, qu'il n'est pas nécessaire de leur adapter des sous-cuisses; et comme leur ressort offre une légère torsion, il en résulte que la pelotte antérieure s'oppose mieux à l'issue des parties. Les commissaires de l'Académie pensent que les bandages de MM. Burat sont d'une application facile, non fatiguante pour les malades ; sont moins susceptibles de se déranger ; exercent la pression d'une manière régulière, constante, et dans le sens qui convient le mieux; enfin, prêtent mieux aux changemens de volume de l'abdomen sans que leur pelotte se dérange.

Abstinence et diète. — M. Piorry achève la lecture de son mémoire *sur les dangers de l'abstinence*. Il traite des effets de l'abstinence dans les maladies de l'encéphale et de ses annexes. Il établit que la diète produit, chez certains sujets, la migraine; chez les enfans, des convulsions ; et, dans la plupart des cas, le délire, comme l'exprime le vulgaire en disant d'un malade qui délire, que c'est parce qu'il a le cerveau vide.

Avantages des sutures. — M. Serres, médecin de Montpellier, achève la lecture de son mémoire sur l'emploi des sutures. Dans cette dernière partie de son mémoire, il cite de nombreux faits dans lesquels la suture a été employée avec le plus grand succès. 1.° Une plaie énorme au cuir chevelu avec dénudation du crâne dans une très-grande étendue, réunie au moyen de treize points de suture entrecoupée, et guérie sans accidens en cinq jours. 2.° Une amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou, réunie par la suture entrecoupée et les bandelettes agglutinatives, et guérie le seizième jour. 3.° Une opération de herniotomie pour une hernie inguinale gauche étranglée, pansée de même par la suture par M. Delmas, et guérie en quatorze jours. 4.° Une amputation du testicule pour sarcocèle, par le professeur Lallemand, réunie aussi et guérie promptement par la suture enchevillée. 5.° Une plaie d'armes à feu intéressant la langue, la voûte palatine, les fosses nasales, le nez, et guérie promptement, même sans réaction fébrile, à l'aide de nombreux points de suture; sur la langue seule, on en appliqua huit. 6.° Une plaie irrégulière et à lambeaux de la verge et du scrotum, donnant issue au testicule droit, réunie par quatorze points de suture, et guérie le huitième jour. 7.° Une plaie profonde du col avec lésion de la trachée-artère à sa partie supérieure, hémorrhagie par les artères thyroïdiennes, réunie avec succès par la suture appliquée même sur les cartilages de la trachée, en partie ossifiés. 8.° Enfin, une plaie de l'avant bras qu'on avait laissé suppurer, et dans laquelle les extrémités des muscles coupés s'étant cicatrisées isolément, il en était résulté perte des mouvemens des doigts: M. Dutertre ouvrit la cicatrice, réunit la plaie nouvelle par des sutures, et rendit le mouvement aux doigts. M. Serres cite encore l'ablation d'une tumeur du poids de soixante livres, du sein de laquelle on exhuma en quelque sorte la verge et les testicules; opération dans laquelle les régions hypogastrique, inguinale, périnéale et anale furent mises à nu, mais dans laquelle des lambeaux furent habilement ménagés pour recouvrir toutes ces parties et maintenus sans accidens par beaucoup de points de suture. Comme preuve de l'utilité de la suture, il rappelle l'application qu'on en a faite aux fistules vésico-vaginales, l'opération de la staphyloraphie, et l'histoire entière des greffes animales. Il termine en assurant que, dans une période de dix années, il a vu employer la suture sans aucun des accidens qu'on lui reprochait, sur plus de cinq cents opérations majeures de tout genre.

Fractures du col du fémur. — M. le docteur Gresly lit un mémoire *sur un nouvel appareil propre à la guérison des fractures du col du fémur*. M. Gresly établit que si il est rare d'obtenir, même avec

l'appareil de Desault ou la machine de M. Boyer, une guérison parfaite sans raccourcissement du membre dans les fractures du col du fémur, c'est que ces appareils ne portent pas encore l'extension au degré convenable. Dans un cas où la haute stature du malade, son embonpoint considérable, son âge avancé, ne lui permettaient pas d'employer ces moyens sans craindre de voir survenir de nombreuses escarrhes, il a inventé la machine qu'il présente aujourd'hui à l'Académie. La contre extension s'y fait au moyen d'une ceinture en cuir, épaisse d'un pouce et demi, large de six à sept, maintenue autour du bassin, portant en bas deux sous-cuisses, et fixée par deux bandes de cuir très-solides, en haut au dossier du lit, et en bas aux traverses latérales du bois de lit. L'extension se fait au moyen : 1.° d'une guêtre de peau qui se fixe au pied; 2.° d'une tige métallique longue d'un pied et demi à-peu-près, clouée perpendiculairement à la traverse du pied du bois de lit; 3.° enfin, d'une forte bande élastique qui se fixe, d'un côté, au dessous du pied de la guêtre, et de l'autre, à la tige métallique. On place d'abord la ceinture, et on la fixe et au chevet du lit, et à la traverse du bas, de manière à ce qu'elle prévienne tous les mouvemens du corps du malade. On applique ensuite la guêtre; puis réduisant la fracture par l'extension, on maintient le membre dans sa longueur normale en l'attachant à la tige en fer clouée au pied du lit. On a ainsi un agent extenseur qui opère doucement, lentement et sans interruption. M. Gresly assigne à ce bandage à extension permanente les avantages suivans: de s'appliquer sur les points les plus éloignés du siége de la maladie; de ne pas comprimer les muscles qui passent sur la fracture et qui doivent pouvoir s'alonger; de distribuer les forces extensives et contre extensives sur les plus larges surfaces possible; de diriger les efforts de l'extension et de la contre extension autant que possible dans le sens de l'axe du membre fracturé; de pouvoir être gradué dans son action; enfin, de fixer le membre dans sa rectitude normale, en l'empêchant de tomber en dedans ou en dehors. Selon M. Gresly, pour qu'une fracture du col du fémur guérisse sans raccourcissement du membre, il faut que l'extension, maintenue pendant tout le temps du traitement, porte le membre fracturé à une longueur d'un pouce au moins supérieure à sa longueur normale; et c'est ce qu'on peut obtenir aisément, dit-il, avec l'appareil qu'il vient de décrire. Son exécution est simple, peu coûteuse; une fois appliqué, il exige peu de surveillance, car il ne peut ni se déplacer ni se relâcher, et il a l'avantage de laisser tout le membre à nu. On pourrait l'employer utilement aussi dans les fracture du corps du fémur en bec de flûte, dans celles de la jambe avec plaie, et même dans les déviations de la colonne vertébrale. M. Gresly termine

par l'observation d'une malade à laquelle il a fait l'application de ce nouveau bandage, et qu'il a guérie d'une fracture du col du fémur, sans raccourcissement du membre, au bout de soixante jours. La malade n'a éprouvé aucun accident, et il ne lui est resté que de la gêne dans les mouvemens du genou. M. Gresly se demande si, pour éviter ce dernier accident, on ne pourrait pas recourir à un lit brisé? Au quarantième jour de la fracture, quand la consolidation serait déjà avancée, on appliquerait la puissance extensive, non plus au pied, au moyen de la guêtre, mais au bas de la cuisse, au moyen d'une jarretière; cette jarretière serait également fixée à la tige métallique du pied du lit; et dès-lors, on pourrait faire agir l'articulation du genou et prévenir son ankylose.

Académie royale des Sciences.

Séance du 22 mars. — Unité de plan et de composition. — M. Cuvier lit un mémoire, intitulé : *Considérations sur l'os hyoïde* : après avoir rappelé que M. Geoffroy-Saint-Hilaire, dans son dernier mémoire, est convenu que, par *unité de composition*, il n'entend pas *identité de composition*, mais seulement *analogie*, et que sa théorie doit s'appeler plutôt *théorie des analogues*, M. Cuvier déclare qu'il croit avoir rendu service à la science en en faisant disparaître ces mots équivoques, d'*unité de composition*, d'*unité de plan*. « Cependant, dit-il, M. Geoffroy accuse (autant du moins que j'ai pu le comprendre) que sa théorie des analogues est quelque chose de particulier, 1° en ce qu'il néglige les formes et les fonctions pour ne s'attacher qu'aux matériaux des organes; 2° en ce que l'analogie réside uniquement dans les élémens constituans, et que cette analogie ne reconnaît pas de limites. »

« Sur le premier point, ajoute M. Cuvier, je n'insisterai pas beaucoup; peu importerait au fond qu'une doctrine fût nouvelle si elle était fausse; je dirai seulement que je ne connais pas un seul anatomiste, pas un seul qui ait déterminé les organes uniquement par leurs fonctions, encore moins par leurs formes. Certainement, personne n'a été encore assez hardi pour dire qu'une main de femme n'est pas une main, et même, il y a quinze jours, j'aurais cru que personne n'oserait dire qu'une main de femme ne remplit pas les mêmes fonctions qu'une main d'homme; mais ce sont là de ces assertions qui échappent dans la chaleur de la discussion, et sur lesquelles un adversaire de bonne foi doit avoir la générosité de ne pas

de ne pas insister. Ce qui est certain, c'est que, parmi les anatomistes, je suis un de ceux qui ont eu le plus d'occasion de faire voir que les fonctions du même organe changent selon les circonstances dans lesquelles il est placé; mais ce qui intéresse surtout, c'est de savoir si la théorie que son auteur nomme *des analogues*, est universelle, comme il le prétend, ou si, comme d'autres anatomistes le pensent, il y a des analogies de tout genre, mais toutes limitées, et quelles sont leurs limites? Mais comment discuter une question lorsqu'on ne veut pas en poser les termes? A cet égard, on s'attache aux *élémens!* Eh bien, entend-on qu'il y ait toujours les mêmes élémens, entend-on que ces mêmes élémens soient *toujours dans le même arrangement mutuel?* Enfin, qu'entend-on par des analogies universelles? »

« Malheureusement M. Geoffroy n'a pas répondu à ces questions; car ce n'est pas répondre que de dire que tous les animaux sont le *produit d'un même système de composition*. C'est redire la même chose en d'autres termes, et en termes beaucoup plus vagues et beaucoup plus obscurs. Il semblerait y avoir une réponse beaucoup plus positive dans ces paroles; que *les animaux résultent d'un assemblage de parties qui se répètent uniformément*; mais qu'on presse un peu une pareille réponse, et on verra qu'en la prenant à la lettre elle tombe d'elle-même. Qui osera dire que la méduse et la giraffe, que l'éléphant et l'étoile, résultent d'un *assemblage de parties qui se répètent uniformément?* Certainement, ce ne sera pas M. Geoffroy; il est trop instruit; il connaît trop bien les animaux; il sait trop bien, non seulement que certaines parties ne se répètent pas avec uniformité, mais qu'une multitude de parties ne se répètent pas du tout. Dans un autre endroit, il avance que l'analogie ne repose pas sur les organes en totalité, mais sur les matériaux dont les organes sont composés. Il allègue un exemple, celui de l'os hyöide, d'après lequel, si on en juge par les développemens où il entre, il semble donner à entendre que c'est le nombre des parties qui fait la règle. De quelques-unes de ces phrases, on pourrait même conclure qu'il y ajoute les connexions; et, en effet, puisqu'il a commencé par exclure les fonctions et les formes, il ne reste plus que les connexions et les nombres; je ne vois pas un cinquième rapport sur lequel cette analogie universelle pourrait porter. Je vais examiner l'os hyöide de divers animaux, et prouver par des faits; 1° que l'os hyöide change de nombre de parties, même d'un genre à un genre voisin; 2° qu'il change de connexions; 3° que, de quelque manière qu'on entende les termes vagues employés jusqu'à présent d'*analogie*, d'*unité de composition*, d'*unité de plan*, on ne peut pas les lui appliquer d'une manière générale; 4° qu'il y a une foule d'animaux

qui n'ont pas la moindre apparence d'os hyoïde : que, par conséquent, il n'y a pas même d'analogie dans son existence. »

« Ayant ainsi totalement anéanti à son égard les principes que l'on donne à la fois comme nouveaux et comme universels, dans quelque sens qu'on les explique, je lui ferai l'application d'autres principes, de ceux sur lesquels la zoologie a reposé jusqu'à présent et sur lesquels elle reposera, j'espère, encore long-temps, et je montrerai : 1° que, dans la même classe, l'os hyoïde, bien que variable pour le nombre de ses élémens, est cependant disposé de même par rapport aux parties environnantes ; 2° que, d'une classe à l'autre, il varie, non plus seulement en composition, mais en dispositions relatives ; 3° que, de ces deux ordres de variations et de ces variations de formes combinées, résultent les variations de ses fonctions ; 4° qu'en passant de l'embranchement des vertébrés aux autres embranchemens, il disparaît de manière à ne pas même laisser de trace. »

« Ainsi les embranchemens diffèrent les uns des autres par la disparition totale de certains organes dans chaque embranchement ; les classes diffèrent par les connexions et la composition des organes de même nature. Dans la même classe, les familles et même les genres diffèrent par la composition et par les formes de ces organes seulement. »

« Voilà des principes qui ont au moins le mérite de la clarté ; mais ils ont surtout celui de la vérité ; c'est sur eux, quoi qu'on en dise, que reposent la zoologie et l'anatomie comparée ; c'est d'après eux qu'a été formé ce grand édifice que l'on nomme le système du règne animal, et toutes les fois qu'on voudra pousser les généralités plus loin, de quelque nom qu'on les décore, de quelque réthorique qu'on les soutienne, les personnes seules qui ne connaissent pas les faits pourront les adopter momentanément sur parole, mais pour voir dissiper leur illusion dès qu'elles s'occuperont d'en rechercher les preuves. »

Dans une suite de mémoires consécutifs, M. Cuvier donnera la démonstration de cette proposition par rapport à chaque ordre d'organes en particulier ; aujourd'hui, il se borne à l'hyoïde. Pour établir la justesse de la nouvelle doctrine en ce qui concerne cet os, il faudrait qu'on pût soutenir qu'il existe dans tous les animaux, qu'il y est composé d'un même nombre de pièces, qu'il y a les mêmes connexions. M. Cuvier considérera successivement l'os hyoïde dans les animaux qui respirent l'air en nature, et dans ceux qui le respirent par l'intermédiaire de l'eau ; ces derniers exigeraient une discussion préalable sur le sternum. Chacun sait que l'os hyoïde, dans les animaux qui respirent l'air, est un appareil suspendu sous la

gorge, qui donne en avant des attaches à la langue, qui porte le larynx en arrière, et qui a le pharynx au-dessus de lui. Le nom que porte l'hyoïde vient de ce que, dans l'homme, sa partie principale, ou son corps, est en arc de cercle, comme l'epsilon cursif des Grecs. Ce corps porte, à chaque extrémité, une pièce grêle que l'on nomme corne postérieure, et qui va s'unir par un ligament assez court à l'angle supérieur antérieur du cartilage thyroïde. Sur la jointure de cette corne postérieure avec le corps de l'os est un petit grain osseux que l'on nomme corne antérieure, et qui est suspendu par un ligament long et grêle à l'os du rocher, un peu en avant de l'apophyse mastoïde. Ce ligament, qui est d'abord mou dans sa totalité, s'ossifie avec l'âge, vers sa base, de manière que l'ossification part de l'os du rocher, et, se prolongeant plus ou moins, forme ce que l'on a appelé l'apophyse styloïde du temporal. C'est en effet dans l'homme, au moins dans la plupart des cas, une simple apophyse de ces os, et non pas un os séparé. Quelques grains osseux se forment aussi, mais sans ordre constant, dans le reste de la longueur du ligament. Il arrive même quelquefois, et M. Geoffroy en a publié un exemple, que l'ossification occupe le ligament tout entier, de sorte que l'apophyse styloïde se prolonge jusqu'à sa corne extérieure. On a voulu chercher dans ces variations accidentelles quelques explications des variations constantes qui ont lieu dans les autres animaux; mais quelles que soient celles de ces variations dont on voudrait y retrouver le type, il est clair que cela ne rendrait aucun compte de ces variations entre elles. »

Ici, M. Cuvier examine ces variations, et les suit, d'abord dans la classe des mammifères, en indiquant les différences qu'elles offrent. Ces différences nombreuses sont analysées et présentées avec la plus grande clarté. « Le corps de l'os hyoïde des singes varie beaucoup de formes, ce qui ne fait rien à la discussion; les cornes postérieures demeurent à peu-près conformées et disposées comme dans l'homme; les antérieures sont généralement plus longues, mais aussi d'une seule pièce, et même le ligament qui les suspend au rocher ne s'ossifie jamais dans aucune de ses parties, ensorte que les plus vieux singes n'ont jamais ni l'apophyse styloïde, ni l'os séparé qui passe pour le remplacer dans d'autres quadrupèdes. Voilà déjà une première différence, à la vérité encore peu importante. En voici une plus grande: dans l'alouette, dont le corps de l'os hyoïde est renflé en forme de cucurbite, il n'y a ni vestiges de cornes antérieures ni ligament styloïdien, ni rien qui rappelle l'apophyse styloïde. L'os hyoïde est fixé par d'autres moyens. Comment l'unité de composition et l'analogie se démentent-elles si promptement? Notre réponse, à nous, serait bien simple, c'est que l'os hyoïde prenant, dans l'alouette, une

destination spéciale et devenant un instrument puissant de la voix, avait besoin d'autres attaches. La théorie des analogues ne s'en tirera pas si facilement. »

M. Cuvier ajoute quelques considérations sur la forme qu'affecte l'os hyoïde sur plusieurs autres mammifères : puis il continue : « On voit donc, que même dans une seule classe, celle des mammifères, le nombre des élémens d'un seul organe, considéré dans différens *genres*, n'a rien de constant, et offre ce que j'appelle des différences de *genre*. Le nombre des parties qui le composent varie, ses formes surtout changent et peuvent même éprouver de grands changemens, mais les connexions restent les mêmes. Pour voir les connexions changer, il faut changer de classe; ainsi, en passant des mammifères aux oiseaux, grand et sensible hiatus. Plus de suspension au temporal, plus de corne postérieure : un corps dirigé en long se terminant en arrière, et une production alongée, une espèce de queue sur laquelle repose le larynx, et qui souvent forme un os à part. Deux cornes seulement, composées chacune de deux pièces s'articulant au-dessous, aux côtés du corps, à l'endroit où il s'articule lui-même avec sa queue, se contournant autour de l'occiput, allant même dans le pivert jusque dans la base du bec; et ce corps porte en avant un os ou deux os, attachés aux côtés l'un de l'autre, ou articulés à l'extrémité antérieure de ce corps, et qui forment le squelette de la langue, car la langue des oiseaux a un squelette osseux, dont il n'y avait nulle trace chez les mammifères. Pour des yeux communs, pour l'apparence telle que la saisit un bon sens ordinaire, il n'y avait pas à répliquer. Voilà un très-grand changement de composition, un changement assez considérable de connexions; on voit qu'on a passé d'une classe à une autre. »

« Qu'a fait M. Geoffroy en désespoir de cause? Il a supposé que l'os hyoïde des oiseaux, tiré d'une part par les muscles de la langue, de l'autre par le larynx, a éprouvé une rotation sur ses cornes antérieures, et que ses cornes postérieures se sont trouvées par là dirigées en avant, et sont devenues les os de la langue. Voilà sans doute une culbute possible à concevoir dans un squelette dont les os ne tiennent que par du fil d'archal, et où il n'y a que des os seulement; mais je le demande à quiconque a la plus légère idée d'anatomie, cela est-il admissible lorsque l'on songe à tous les muscles, à tous les os, à tous les nerfs, à tous les vaisseaux qui s'attachent à l'os hyoïde ou se trouvent en rapport avec lui? Il faudrait que les sterno-hyoïdiens changeassent absolument d'insertions; il faudrait que ceux des muscles de la langue, qui n'ont dans les mammifères aucun rapport avec les cornes postérieures s'y attachassent subitement, ou que de nouveaux muscles vinssent s'insérer à ces os ainsi déplacés. Il faudrait.... mais

je m'arrête : la seule idée effrayerait l'imagination. Pour conserver une identité apparente dans le nombre des pièces osseuses, on aurait tout changé dans les connexions et dans les parties molles. Que serait alors devenu le principe de l'unité de plan ? Mais enfin, ne préjugeons rien ; admettons pour le moment une hypothèse aussi étrange, et voyons si elle nous mènera bien loin. Je passe à une troisième classe, aux reptiles ; j'y prends le premier genre venu, la tortue ; celle-là présente pour son hyoïde un corps et quatre cornes, les antérieures et les postérieures, toutes les quatre bien prononcées. Tous ceux qui viennent d'entendre le raisonnement relatif aux oiseaux, vont croire qu'il n'y a pas d'os de la langue, puisque les cornes postérieures sont restées à leur place ; eh bien ! ces os de la langue y sont un peu autrement placés que dans les oiseaux, mais plus développés peut-être encore ; ils témoignent hautement contre l'hypothèse dont je viens de parler. »

« Mais voici bien une autre chose : dans la plupart des mammifères, c'est la corne antérieure qui se compose de plusieurs os : la corne postérieure y est simple. Dans plusieurs tortues, c'est tout le contraire ; la corne antérieure y est simple (elle l'est bien certainement dans la tortue de mer, et ce que dans d'autres espèces on pourrait croire se former des os inférieurs, se soude et ne fait qu'un avec le corps de l'hyoïde, non pas avec la corne), c'est la corne postérieure qui est souvent composée ; elle a quelquefois jusqu'à quatre ou cinq grains osseux en arrière de son os principal ; enfin, quoique plus courte que celle des oiseaux, elle ne s'attache pas non plus au larynx par son extrémité. Voilà donc de nouveaux changemens, de nouvelles transpositions ? Et dira-t-on que les corps ont changé de place ; mais alors on sacrifie le principe des connexions à celui du nombre des élémens : et d'ailleurs dans aucun cas on ne peut plus rendre raison des os de la langue. »

» Mais je continue : je prends un autre genre de reptiles, le crocodile. Le corps de son hyoïde est une large plaque cartilagineuse, dans laquelle il se forme à la longue des dépôts calcaires, comme dans le cartilage thyroïde de l'homme ; mais cet hyoïde n'a que deux cornes, les deux antérieures ; elles n'ont chacune qu'une seule pièce osseuse, comme les antérieures de la tortue ; les postérieures n'y existent pas du tout : il n'y a plus que trois pièces en tout. Comment appliquer ici une théorie qui s'appliquerait au nombre des parties ? Les personnes qui admettent une dégradation, une simplification insensible des êtres, principe, pour le dire en passant, absolument contraire à l'identité de composition, et qui cependant s'y allie dans certains esprits (tant il y a de bizarrerie dans quelques têtes !), vont supposer que les autres sauriens ont les hyoïdes autant ou plus simples que le

crocodile; il n'en est rien. Dans les lézards à langue protractile, l'os hyoïde est plus compliqué dans ses formes, plus singulièrement replongé dans ses diverses parties que dans aucun des animaux précédens. Son corps, prolongé en arrière, comme dans les oiseaux, a souvent sa queue fourchue, ce qui lui donne l'apparence d'avoir six cornes. Il donne aussi en avant une production qui soutient la langue, et qui forme quelquefois un os ou un cartilage particulier. Ses cornes antérieures ont un angle et une apophyse dirigés en avant, et se recourbant ensuite en arrière, elles se divisent en trois ou quatre pièces; les postérieures se divisent souvent en deux. Le caméléon, malgré la protractilité de sa langue, a un os hyoïde très-différent; c'est une longue tige osseuse, cylindrique, et les quatre cornes très-osseuses aussi sont attachées toutes ensemble à son extrémité postérieure. »

« Les lézards à langues moins protractiles, les orvets, ont encore beaucoup de rapports avec les précédens pour leur os hyoïde; mais les serpens proprement dits, qui ont aussi la langue très protractile, nous présentent tout d'un coup une différence encore plus étonnante. Il n'y a plus de corps de l'hyoïde, tout se réduit à deux corps grêles et cartilagineux, qui aident à pousser en avant la masse de la langue. »

« Tous ces faits sont incontestables; chacun peut s'en assurer à tout moment. Par quel effort de raisonnement nous fera-t-on croire qu'il y ait identité d'élémens, répétition uniforme, identité de connexions, enfin, toutes ces autres expressions que l'on emploie à tour de rôle, entre des os hyoïdes, dont les uns n'ont que deux pièces, les autres que trois, d'autres que quatre, tandis qu'il y en a qui en ont sept, d'autres neuf, et d'autres encore davantage? Dans le *trionyx*, on peut en compter jusqu'à dix-sept et plus. Par quel art parviendra-t-on à nous convaincre qu'il y a identité de connexions entre des os hyoïdes, dont les uns se suspendent à une partie de l'os temporal, quand d'autres contournent le crâne et pénètrent jusques dans le bec, et d'autres encore restent absolument couchés sous la gorge, et comme noyés dans les muscles? Qu'y verra-t-on autre chose que ce qu'on y a vu depuis des siècles, une certaine ressemblance de structure de l'organe, ressemblance dont le degré est proportionné aux rapports des animaux entr'eux, et des différences déterminées par l'emploi que la nature fait de cet organe, ou, si l'on veut, pour éviter toute ombre de recours aux causes finales, des différences qui déterminent cet emploi. Pour nous, ces rapports, ces fonctions, ces différences, s'expliquent fort bien, parcequ'ils s'appellent ou s'excluent les uns les autres. Nous comprenons que l'énorme tambour formé par l'os hyoïde de l'alouette, assujetti par des ligamens et d'une manière presque immobile à la mâchoire inférieure, n'avait pas besoin d'une attache aussi forte au crâne. Nous comprenons que les styloïdiens longs et

mobiles des ruminans ou des solipèdes, devaient avoir des muscles propres qui ne pouvaient pas exister pour l'apophyse styloïde immobile de l'homme. Nous comprenons que la langue inflexible des oiseaux devait pouvoir être portée en avant par un autre mécanisme que celle des quadrupèdes qui peut se contracter en tout sens; que, leur larynx n'ayant pas de cartilage thyroïde, les cornes postérieures de leur hyoïde pouvaient manquer; mais nous n'entendrions pas comment, par un mouvement de bascule qui aurait déchiré tous les muscles et tous les vaisseaux, elles seraient allées se loger dans la langue. Nous comprenons que le crocodile, dont la langue est presque immobile, pouvait avoir un hyoïde plus simple que les autres animaux; et nous voyons dans sa forme large et dans la proéminence de son bord antérieur, le moyen par lequel, en s'appliquant contre les os ptérygoïdiens, il ferme quand il veut son pharynx pour respirer l'air, sans sortir sa gueule toute entière de l'eau. Nous nous rendons compte des mouvemens singuliers de la langue des caméléons, quand nous voyons le corps long et cylindrique de son os hyoïde servir de point d'appui à cette langue, et être lui-même poussé en avant par quatre cornes osseuses, sur lesquelles agissent des muscles puissans. Mais si l'on néglige toutes ces considérations pour ne voir que de prétendues identités, de prétendues analogies, qui, s'il y avait la moindre réalité, réduiraient la nature à une sorte d'esclavage dans lequel heureusement son auteur est bien loin de l'avoir enchaînée, on n'entend plus rien aux êtres, ni en eux-mêmes, ni dans leurs rapports. Le monde devient lui-même une énigme indéchiffrable. »

« Je sais bien qu'il est plus commode pour un étudiant en histoire naturelle de croire que tout est un, que tout est analogue, de croire que par un être on peut connaître tous les autres, comme il est plus commode pour un étudiant en médecine de croire que toutes les maladies n'en font qu'une ou deux. J'avoue même que l'erreur où on induirait le premier ne serait pas si funeste que l'autre, mais enfin ce serait une erreur; on lui jetterait devant les yeux un voile qui lui cacherait la véritable nature. Le devoir des savans est au contraire de détourner cet obstacle à la connaissance de la vérité. »

Dans une deuxième partie que M. Cuvier promet de lire incessamment, il traitera de l'hyoïde dans les grenouilles, dans les salamandres et dans les poissons.

« Je répète, dit en terminant M. Cuvier, que c'est avec beaucoup de déplaisir que je me suis vu contraint de rompre un silence auquel j'étais bien résolu, si on n'était venu me forcer dans mes derniers retranchemens. Mais enfin, les naturalistes seraient en droit de m'accuser si j'abandonnais une cause si évidente. Ce qu'il est surtout essentiel de redire, c'est que ce n'est ni pour m'en tenir aux anciennes

idées, ni pour repousser les nouvelles que j'ai pris cette défensive; personne plus que moi ne pense qu'il y a une infinité de découvertes à faire encore en histoire naturelle; j'ai eu le bonheur d'en faire quelques-unes, et j'en ai proclamé un grand nombre faites par d'autres. Mais ce que je pense aussi, c'est que si quelque chose pouvait empêcher que l'on ne fît à l'avenir des découvertes véritables, ce serait de vouloir retenir les esprits dans les limites étroites d'une théorie qui n'est vraie que dans ce qu'elle a d'ancien, et qui n'a de nouveau que l'extension erronée qu'on lui attribue. »

Théorie des analogues. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire lit un mémoire intitulé : *Des applications de la théorie des analogues à l'organisation des poissons.* L'auteur commence par faire connaître les motifs qui l'engagent à traiter cette question avant celle qui a donné lieu à la discussion, savoir : la possibilité de ramener les mollusques au même plan de composition que les vertébrés. Passer immédiatement des mammifères et des oiseaux aux mollusques, ce serait rassembler à plaisir des difficultés dont on peut éluder une partie, en commençant par démontrer l'existence du principe d'unité de composition dans le cas des poissons.

« Lors même, ajoute M. Geoffroy, qu'il ne serait pas possible aujourd'hui d'établir, pour le cas des céphalopodes, la loi d'unité de composition, on n'en pourrait encore rien conclure contre la théorie des analogues. On ne s'est en effet occupé jusqu'à présent de ces animaux que pour montrer les différences qui les séparent du groupe dont ils se rapprochent le plus dans l'échelle des êtres; on n'a pas fait encore les recherches qui montreront les ressemblances; c'est la science qui est en défaut, non le système. Si, il y a quinze ans, il eût été question de faire pour les poissons ce qu'il est maintenant question de faire pour les mollusques, l'embarras eût été aussi grand, plus grand peut-être. De tout temps on a été porté à ramener à un même plan de composition l'organisation des poissons et celle des autres vertébrés. Les noms donnés à plusieurs des parties des poissons en fournissent une preuve suffisante; mais comme dans les applications du principe auquel on rendait aussi facilement hommage ou se laissait guider par les ressemblances de formes et de fonctions, on s'égara souvent, et l'on fut dans l'impossibilité d'apercevoir certaines analogies importantes que l'on reconnaît au contraire aisément quand l'on s'appuie sur les considérations anatomiques. Les zoologistes de l'école d'Aristote, en formant leur nomenclature, n'admirent l'analogie que dans ces cas. Ils virent employées à des usages identiques les parties correspondantes dans les poissons et les hauts vertébrés, et dûrent nécessairement s'arrêter dès qu'ils arrivèrent aux parties qui avaient subi quelques métamorphoses, et qui étaient passées à d'au-

tres fonctions : ils les considérèrent comme nouvelles, et, dans cette idée, ils leur imposèrent des noms nouveaux. Ce fut le cas pour toutes les pièces osseuses de l'appareil respiratoire ; on les crut propres aux poissons, et on leur donna des noms particuliers d'après leurs formes et leurs usages. C'est ainsi que les pièces qui ouvrent ou ferment les ouïes s'appelèrent des opercules, etc. Mais ces dénominations, imposées dans des temps d'ignorance, ne peuvent plus subsister après les progrès qu'a faits la science. »

M. Geoffroy-Saint-Hilaire aborde alors la question qu'il se propose de traiter, et commence par établir ce principe que la respiration est le phénomène fondamental de toute organisation animale. Partant de cette position, il examine si la fonction, dans les deux classes d'êtres qu'il envisage, a été assez modifiée pour nécessiter deux types différens d'organisation. « La respiration peut s'exécuter dans l'air et dans l'eau. Si, comme le croyait Lacépède, les poissons respiraient l'eau, s'ils avaient à décomposer ce liquide pour y trouver l'oxygène nécessaire à la conservation de leur existence, une différence si capitale entre eux et les hauts vertébrés n'eût pas manqué d'imprimer à toute leur organisation un cachet particulier ; mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent, les poissons respirent l'air en nature, l'air contenu dans l'eau, dissous dans ce liquide, mais non intimement combiné. L'appareil respiratoire des poissons est donc en définitive, comme celui des hauts vertébrés, destiné à mettre le sang veineux en contact avec l'air. C'est donc, pour les deux classes, le même appareil modifié seulement de manière à s'accommoder à celui des deux milieux dans lequel l'animal est plongé. » M. Geoffroy rappelle les faits qui l'ont conduit à ces idées. Dès l'année 1804, ayant eu à s'occuper de la description d'un tétrodon, son attention fut attirée par un organe fort singulier, au moyen duquel ces poissons peuvent donner à tout leur corps une forme presque exactement sphérique, au lieu de la forme alongée qu'il a communément ; il crut reconnaître, dans l'os qui sert à cet usage, l'analogue du coracoïde. Cette découverte le conduisit successivement à plusieurs autres ; mais arrivant enfin à l'opercule, il lui fut impossible d'abord de déterminer à quelle partie des mammifères et des oiseaux correspond cette pièce ; ce ne fut qu'après douze ans de travaux, que le découragement interrompit plus d'une fois, qu'il arriva à reconnaître, dans les diverses pièces de l'opercule, les analogues des osselets de l'oreille. « Mais, ajoute-t-il, cette pénible investigation, ces longs tâtonnemens, n'eurent pas seulement pour résultat de me conduire au but que je m'étais proposé ; ils me firent, de plus, connaître les principes qui peuvent le plus sûrement guider dans la recherche des analogues. En voyant les même organes se présenter sous des formes très-diverses, se plier à

remplir des fonctions tout-à-fait différentes, je ne me suis plus étonné des transformations que subissent les organes respiratoires en passant des hauts vertébrés aux poissons. Il y a plus même ; c'est que ces transformations étaient nécessitées par le changement dans la nature du milieu et sur la seule considération de la résistance du fluide ambiant. On pourrait, poursuit l'auteur, établir *à priori* les différences correspondantes aux deux milieux : ainsi, pour l'air atmosphérique, on a droit de s'attendre à voir augmenter les surfaces de l'appareil, à le voir augmenter lui-même en longueur, s'établir dans le centre de l'animal, car l'air élastique peut s'insinuer dans les cavités les plus profondes s'il y a une issue qui lui soit ménagée. Pour le milieu aquatique, au contraire, il doit y avoir rapprochement, concentration de toutes les parties de l'appareil, lequel doit être ramené au dehors de l'animal, afin d'être plongé dans le milieu ambiant, qui est un liquide sans ressort. Cette immersion est nécessaire pour vaincre plusieurs résistances, savoir, la cohésion de l'air avec l'eau, et celle des deux élémens de l'air entre eux. Les naturalistes de toutes les écoles admettent l'identité de fonction dans la respiration des poissons et dans celle des mammifères ; ils devraient, dit M. Geoffroy, pour être conséquens, admettre que l'organe chargé d'exécuter cette fonction est identique dans les deux classes ; cependant, tantôt ils désignent les parties des poissons par des noms qui rappellent les analogies, et tantôt ils ont recours à des dénominations nouvelles, comme s'il s'agissait des produits nouveaux d'une création spéciale. »

M. Cuvier, dans son *Histoire des poissons*, assure que les pièces osseuses des poissons, qu'on a ramenées à leurs analogues, ne forment guère que le tiers du nombre total ; que, par conséquent, deux tiers échappent aux déterminations générales. « J'ai d'autant plus droit d'être surpris d'une pareille assertion, ajoute M. Geoffroy, que, dans ma *Philosophie anatomique*, j'ai ramené toutes les parties des poissons, sans en excepter une seule, aux parties correspondantes des animaux vertébrés. Pour arriver à ces déterminations, j'ai eu besoin de m'attacher seulement aux considérations anatomiques ; mais j'ai suivi dans toute leur rigueur les conséquences auxquelles elles m'ont conduit. Si l'on veut, au contraire, chercher l'analogie tout à-la-fois dans l'élément anatomique, dans la forme et dans la fonction, on restreindra le champ des considérations philosophiques, on ne trouvera, pour ainsi dire, plus de rapports que dans les animaux d'une même classe. Cependant, sans prendre les fonctions pour guide dans nos recherches, nous pouvons souvent, en nous plaçant dans un point de vue assez élevé, montrer qu'il y a entre elles analogie dans des cas même où les adversaires de notre doctrine n'en admettent point entre les organes qui les exécutent. Cette remarque

s'applique surtout à l'ensemble des organes respiratoires dont la forme s'est accommodée, ici au milieu aérien, là au milieu aquatique. Dans le premier cas, il convenait que l'air fût introduit au fond d'une bourse sanguine; dans l'autre, il était à propos que la bourse elle-même s'avançât au devant de l'air dissous dans l'eau. C'est en effet ce qui arrive dans les poissons, les branchies ne sont autre chose que la poche sanguine des animaux aériens, percée à son fond, puis ramenée en saillie à la manière d'un doigt de gant retourné. L'auteur termine son mémoire en concluant *qu'il faut renfermer dans des limites moins étroites les questions de ressemblance philosophique des êtres, et donner un sens plus large qu'on ne l'a fait jusqu'ici aux idées d'identité et d'analogie des organes.*

Séance du 29 mars. — Os hyoïde. — M. Geoffroy Saint-Hilaire lit un mémoire sur l'os hyoïde, pour répondre à celui qui avait été lu sur le même sujet par M. Cuvier, dans la précédente séance. Les principaux argumens de l'auteur sont : 1.° que M. Cuvier croit comme lui à un hyoïde, le même, philosophiquement parlant, dans tous les animaux, puisqu'il désigne toujours cet os par le même nom d'hyoïde, sans tenir compte des différences dans le volume respectif ou dans le nombre des pièces qui le composent; 2.° que les diversités que M. Cuvier a signalées dans les différens hyoïdes, ont été connues et indiquées par lui, et qu'il a fait plus, puisqu'il a expliqué, au moyen du *principe du balancement des organes*, les motifs de ces différences; 3.° que la théorie des analogies ne préjuge pas la conservation invariable des matériaux; qu'une ou plusieurs pièces peuvent s'atrophier et disparaître complètement, et qu'il a lui-même énoncé ce principe dans son ouvrage publié en 1816, où il dit que l'os hyoïde est composé de neuf pièces dans les poissons, de huit dans les oiseaux, et de sept dans les mammifères, non compris les os styloïdes; 4.° que, s'il y a des animaux dans lesquels on ne trouve pas la moindre trace d'os hyoïde, la théorie des analogues n'est pas pour cela en défaut, car ces animaux correspondent à l'état fœtal des vertébrés, à une époque de développement où l'hyoïde ne s'est pas encore montré. M. Geoffroy annonce en concluant que ses nouvelles recherches, et particulièrement celles qui se rapportent à la monstruosité, l'ont mis en état de faire quelques rectifications à ses anciennes déterminations sur les matériaux de l'hyoïde, et que ces changemens feront le sujet d'un autre mémoire qu'il lira dans une séance suivante.

Animaux fossiles. — M. Nérée Boubée lit un mémoire, intitulé : *Considérations générales sur les animaux qui vivaient aux diverses époques géologiques; conséquences relatives à la géologie qui s'en déduisent nécessairement.* L'auteur pense que les connaissances que

nous possédons sur les débris fossiles répandus à la surface du globe peuvent, tout imparfaites qu'elles sont, conduire à des résultats importans. Suivant lui, il en résulte : 1.° qu'avant la formation des terrains tertiaires, il n'existait dans les eaux douces, stagnantes ou fluviatiles qui arrosaient la surface du globe, ni poisson, ni mollusque testacé, ni crustacé, ni zoophyte ; 2.° que tous ces genres d'animaux, qui vivent maintenant dans les eaux douces, ont une origine marine ; 3.° qu'ils y ont été disséminés par cette éruption générale des eaux de la mer, qui paraît être survenue long-temps après la formation de la craie ; que les eaux marines ayant répandu partout les animaux qu'elles nourrissaient, ont abandonné partout, en se retirant, des individus, des germes nombreux ; et ceux qui ont pu vivre dans l'eau, graduellement plus douce, qui fut substituée à celle de la mer, qui, elle-même, était devenue moins salée que lorsqu'elle était concentrée dans les bornes de son empire, ont continué de s'y propager, mais en éprouvant des modifications importantes, nécessitées par le changement de leur élément.

VARIÉTÉS.

Examen de quelques brochures publiées sur les questions relatives à une nouvelle organisation médicale, proposée par M. le Ministre de l'Intérieur en 1828 (1).

Lorsque, en 1828, M. de Martignac proposa quelques questions relatives à une nouvelle organisation médicale, il se forma de nombreuses commissions, il se publia de nombreux écrits, et il en résulta ce qui en résulte presque toujours.

Et de tous nos conseils l'effet le plus commun
Est de voir tous nos maux sans en soulager un.

---

(1) *Rapport de la commission nommée par les médecins de la ville de Metz, pour l'examen des questions relatives à une nouvelle organisation médicale, proposée par le Ministre de l'intérieur.*—Rapporteur, M. Scouttetten.

Rapport de la Société de Médecine-Pratique de Paris, sur le même sujet. — Rapporteur, M. Simon.

Vues pour servir à la confection de la loi projetée sur l'amélioration de l'enseignement de la médecine.—Par le D.r Dubun de Peyrelongue.

Coup-d'œil critique sur la médecine française au 19.e *siècle, et sur la nouvelle organisation qu'on projette.* — Par le docteur S. Eymard, docteur en medecine à Grenoble.

Quoi qu'il en soit, parmi les brochures qui ont été écrites à ce sujet, il en est quatre dont nous parlerons ici; et pour éviter des redites, pour épargner à nos lecteurs des détails ou fastidieux ou inutiles, nous nous occuperons successivement des diverses questions qui ont été traitées dans ces brochures, nous réservant d'indiquer l'auteur dont nous emprunterons les idées.

Il s'agissait d'abord de juger s'il était utile de conserver deux classes de médecins, savoir, les docteurs et les officiers de santé.

La question était soumise à des commissions exclusivement composées de docteurs; aussi les conclusions ont-elles été unanimes sur ce point qu'il fallait supprimer les officiers de santé. Cette conclusion sentait un peu son docteur; et, quoiqu'elle me semble assez légitime, encore faut-il, docteur moi-même, que j'indique les raisons alléguées par mes confrères en faveur de leur opinion et contre ces pauvres chirurgiens ministrans.

Et d'abord, il est de fait, disent-ils, que les officiers de santé font la médecine avec les mêmes droits, la même facilité que les docteurs: ils pratiquent de graves opérations chirurgicales, traitent les maladies les plus meurtrières, et exercent aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Il est des villes de France du premier ordre où des officiers de santé font plus de clientelle que vingt docteurs instruits. Or, les officiers de santé, par leur éducation première, par leurs études médicales, par la nature de leurs examens, sont plus incapables que les docteurs: par leur éducation première, puisqu'on n'exige d'eux qu'un grade universitaire; par leurs études médicales, puisque la plupart d'entre eux, après avoir fait quelques pansemens sous les ordres d'un médecin de village, ou dans un hôpital, sont admis à passer leurs actes; par leurs examens, puisque les questions simples qui leur sont adressées leur permettent de briller dans un examen lors même qu'ils ont à peine lu quelques pages de nosographie. Ajoutez à cela que l'officier de santé, qui fait pour ainsi dire ses études à domicile, n'impose à sa famille que peu de sacrifices pécuniers; tandis que le docteur, obligé de passer plusieurs années dans une faculté, n'obtient ses grades qu'après avoir fait des dépenses considérables. Pourquoi donc laisser à tous deux les mêmes priviléges, s'ils n'ont ni le même savoir ni les mêmes droits, fiscalement parlant, à l'investiture que leur a donnée une administration toute fiscale.

A tout prendre, ajoute-t-on, il n'y a pas de demi-malades; pourquoi des demi-médecins? Faut-il moins de talent pour traiter un paysan que pour guérir un riche banquier? Il en faut même davantage, et on le comprendra aisément, si l'on songe combien peuvent les soins dont on entoure le malade dans l'absence du médecin

« N'est-il pas temps, dit M. Scoutteten, pag. 12, de cesser de traiter en Parias les habitans de nos campagnes, qu'un préjugé barbare semble croire indignes d'attention, parce qu'ils sont souvent incapables d'apprécier le mérite et de le récompenser convenablement. »

Un député, qui semble avoir pris à tâche de divertir la chambre dont il fait partie, faisait naguère un grand éloge des officiers de santé de la Basse-Bretagne; il préférait leur naïve ignorance au savoir prétentieux des docteurs, et il prouvait admirablement par sa harangue qu'il était digne lui-même de soutenir les droits qu'il défendait. Il aurait pu dire que, en 1814 et en 1815, un bon millier de docteurs furent reçus, qui n'avaient guère appris la médecine que dans les estaminets de l'Europe belligérante, depuis Moscou jusqu'à Cadix inclusivement; mais, quoiqu'il fût sans doute plus convenable d'en faire des banquiers de Pharaon ou des officiers d'hussards que des docteurs en médecine, il n'en est pas moins vrai qu'il étaient en général encore un peu moins ignorans que les officiers de santé reçus depuis, reçus à une époque et et dans des circonstances où l'on n'avait pas à récompenser d'anciens services et de glorieuses campagnes. Certes, il n'est pas de docteur qui ferait un certificat avec cette orthographe.

Je certifie avoir haiété appellé pour voir Louis Bourot, âgé de 67 an, que jé trouvé atin d'une hernie inguinal tonbé dents les bors du côté droit. Cela faie que je lui donne le praisants certifiqua pour le metre ameme dentré à l'hopitale en raison de son indigens.

Je connais un autre officier de santé qui avait été sous-aide dans un régiment, puis marchand d'eau de Cologne et de baume pour la brûlure et le rhumatisme : reçu enfin officier de santé en 1824, il alla s'établir à P. A...., où il mit sur son enseigne : *M. C.... chirurgien accoucheur des armées françaises.* Et cet autre, encore actuellement établi à C...., à deux lieues de Paris, qui, n'ayant pu se faire recevoir vétérinaire, se jette dans la médecine; et reçoit sans peine son diplôme d'officier de santé. Pour faire venir au moulin l'eau par tous les abords, il donne des leçons de tocologie à son épouse, qui bientôt fut sage-femme. Il y a peu d'années, on lisait encore sur leur affiche : *M. et M.me R.... sage-femme.*

C'est le même qui ne manque jamais de prescrire du *caramel* au lieu de *calomel*, et qui, écrivant jadis *eau d'ânon* au lieu de *laudanum*, sur l'observation respectueuse que lui fit humblement le pharmacien du lieu, change désormais et n'écrit plus aujourd'hui que *laudanus*. Or, il fait 15,000 fr. de clientelle.

J'en connais un autre qui, dans un prospectus qu'il fait répandre avec profusion dans la ville et dans les bourgs environnans, se *flatte de bien guérir et raccommoder à peu de frais, soit fracture ou cassure, soit luxation ou démolure.*

Enfin, c'est encore un officier de santé qui formule un liniment volatil camphré de la manière suivante :

R. Eau.................. ℥ iv.
Camphre................ ℥ iv.
Ether sulfurique......... ℥ xv.

Or, n'est-on pas épouvanté en songeant que la santé des hommes est confiée à d'aussi stupides hommes.

« Il n'y a pas de milieu, dit M. Eymard dans sa brochure, où le seul défaut est peut-être le trop d'esprit, défaut bien rare pour le temps qui court; il n'y a pas de milieu : où, pour être médecin, il faut être instruit, ou il faut être un âne. S'il faut être instruit, ne créez que des docteurs en médecine; s'il faut être un âne, ne recevez que des officiers de santé. Vouloir amalgamer les uns avec les autres est une coutume homicide, une institution monstrueuse. »

Il est pourtant des officiers de santé d'un grand mérite; et, certes, j'en connais un assez grand nombre qui, doués d'une haute capacité, ont suppléé par un travail opiniâtre au défaut d'éducation première, et que tous nos confrères s'honoreraient de compter dans leurs rangs. Ainsi donc, ce qu'ont dit les auteurs dont nous analysons les écrits, ce que nous avons dit nous-mêmes, ne s'applique qu'à ceux qui, classés des écoles vétérinaires, où les examens sont plus sévères que dans les juris des départemens, ou bien encore ayant la conscience de l'impossibilité où les met leur ignorance d'arriver jamais au titre de docteur, s'entourent du patronage d'un apothicaire ou d'un médecin, qui comptent sur des factures de médicamens ou sur des consultations rurales, et qui donnent leur voix au candidat qu'ils recommandent à la bienveillance du professeur de l'école en tournée départementale.

Résumant donc les argumens exposés dans le travail de MM. Scoutetten, Eymard, Dubois et Léon Simon, il résulte que désormais il ne doit plus être créé d'officiers de santé, parce que :

1.° Il faut plus de talent pour traiter les individus peu fortunés qu'il n'en faut pour soulager les riches.

2.° Il est inique de laisser les mêmes droits à ceux qui n'ont pas fait d'actes probatoires, et dont les études ont nécessité peu de frais, qu'à ceux qui ont fait des études longues, difficiles et dispendieuses, et qui, dans des examens sévères, ont fait preuve de connaissances nombreuses.

Trois des auteurs dont nous analysons les écrits sont donc d'avis qu'il ne doit pas être exercé deux ordres de médecine; et M. Dubun de Peyrelongue, tout en reconnaissant l'illégalité de l'existence des officiers de santé ou des licenciés de médecine, admet pourtant : « que l'adoption d'une seule classe de médecins restera présumable-

ment à jamais un de ces rêves qu'enfante l'amour du bien, mais que des obstacles invincibles rendent malheureusement impraticables. » M. Dubun a donc été vaincu par les objections que MM. Eymard, Simon et Scoutetten ont cru pouvoir lever aisément. M. Scoutetten aborde l'objection de front, et ne s'en dissimule pas toute la valeur. « Pensez-vous, dit-il, que des hommes qui ont passé les plus belles années de leur vie à des études pénibles; qui ont fait des sacrifices pécuniers considérables, et qui, enfin, ont obtenu le grade de docteur; pensez-vous qu'ils voudront aller s'enfouir dans une campagne pauvre et déserte, où l'on ne trouve nul espoir de recouvrer les avances qui ont été faites? — Ce motif, répond M. Scoutetten, retiendra un certain nombre de docteurs; mais cet obstacle peut être facilement levé : il suffirait que chaque commune voulût offrir au médecin qui voudrait s'établir une rétribution fixe et honorable. Cette innovation aurait les avantages les plus grands; elle donnerait aux campagnes la facilité d'attirer chez eux des médecins instruits; et les médecins y trouveraient les garanties de leur avenir.

« Peut-être, ajoute-t-il, serait-il préférable que le gouvernement, à l'imitation de celui de nos voisins du nord, créât des comités cantonnaux. Les communes n'auraient point ainsi à supporter une charge que leurs faibles ressources pourraient rendre onéreuse et même impossible à supporter. »

MM. Dubun et Léon Simon proposent aussi cette espèce d'impôt communal; mais il m'a semblé que ces Messieurs se faisaient une fausse idée des ressources qu'un médecin pouvait trouver dans les campagnes et dans celles mêmes qui paraissent les plus dénuées : je me suis trouvé en position de connaître un grand nombre de médecins de campagne, ceux plus particulièrement qui habitaient des pays pauvres; et j'ai pu me convaincre que tous ceux qui avaient quelque activité, et qui n'étaient pas d'une ignorance extrême, retiraient de l'exercice de leur profession des honoraires qui leur permettaient de vivre dans une grande aisance.

Il n'est pays si pauvre où un médecin ne puisse aisément gagner 3,000 francs, et certes on concevra que si un desservant de paroisse vit honorablement avec 800 francs, le médecin, qui se fait trois fois plus, sera beaucoup moins à plaindre qu'on ne le croit communément. Pour celui qui, à Paris, fait des frais considérables pour obtenir le grade de docteur, il semble que 3,000 fr. de revenus ne soient plus en proportion avec les dépenses que ses études ont occasionnées, avec les connaissances qu'il a acquises; mais il ne tardera pas à se convaincre que, dans la plupart des grandes villes, où les frais de l'existence sont si considérables, beaucoup de médecins ne parviennent jamais jusqu'à mille écus; tandis que celui qui pratique dans la cam-

pagne est, dès la première année, en possession de ce revenu, qui représente alors une valeur plus que double. J'ai connu bien des docteurs de village qui n'avaient pas à envier le sort des médecins les plus répandus des villes environnantes, et, je le répète, c'était dans des pays très-pauvres.

Ainsi, l'objection qui a paru insoluble à M. Dubun, et que MM. Simon et Scoutetten ont essayé de renverser en proposant un moyen presque impraticable, ne me semble pas de nature à arrêter l'administration, et à empêcher qu'à l'avenir toute distinction entre les médecins soit abolie.

Mais il ne faut pas se dissimuler que presque tous les jeunes docteurs qui viennent de prendre leurs grades, séduits par les chances de succès, peut-être par les plaisirs d'une grande ville, ou bien peut-être par la facilité d'y cacher leur pauvreté, répugnent, et répugneront long-temps à aller exercer à la campagne; ils ignorent les avantages qu'on y peut trouver; leur vanité souvent se révolte contre l'idée de paraître n'aller dans un bourg, que parce que leurs talens ne leur permettent pas de se faire jour au milieu des confrères qui exploitent une cité populeuse. Or, cette répugnance, ridicule au premier abord, est pourtant très-fondée; et il est vrai que, dans la campagne, les personnes même les plus éclairées font rejaillir sur les docteurs un peu de la défaveur qui environne à si juste titre les officiers de santé. On assimile deux ordres de médecins qui n'ont pas d'attributions distinctes, et l'ignorance honteuse des uns devient une honte pour les autres. Qui ne voit pourtant que cette objection n'a de valeur que par cela même qu'il existe des officiers de santé, et que, cet ordre de médecins aboli, il n'y aurait dès-lors aucune idée de déconsidération attachée à l'homme qui exerce dans la campagne. C'est donc une raison de plus pour ne plus créer d'officiers de santé, puisque leur institution, si fâcheuse par elle-même, le devient encore davantage par le monopole que la crainte de leur être associé leur permet d'exploiter avec sécurité.

Ce mélange de docteurs et d'officiers de santé établit une déplorable concurrence, dont le docteur a toujours été la victime. Le chirurgien ministrant, le plus souvent sans éducation première, et ayant tous les vices de l'ignorance, trafique bassement des soins et des remèdes qu'il donne; *fait l'article* au cabaret, pour me servir d'une expression commerciale justement appréciable ici, et se procure des amis, des commensaux, et des cliens, en parlant le langage abject des paysans, en s'identifiant avec leurs mœurs grossières. Allié souvent à la famille de quelque rustre, il est bientôt le parent de tout le village, et charge sa nombreuse parentelle du soin de prôner le cousin, et de répandre sur le docteur rival la médisance et souvent

la calomnie. Tandis que celui-ci, qu'une éducation libérale, que l'habitude de vivre au milieu des gens bien nés, et l'instinct de sa supériorité, tiennent éloigné des coteries grossières du bourg, a sans cesse à lutter contre les ennuis d'une rivalité qu'il dédaigne, et rencontre chaque jour sous ses pas des obstacles qu'il ne sait lever qu'en imposant à son amour-propre des sacrifices qui coûtent toujours beaucoup.

Encore s'il n'y avait que concurrence de talent! il faut non-seulement lutter contre l'ignorance soutenue, mais aussi contre la modicité des prix, car l'officier de santé colporte *la carte d'échantillon*, et offre *à la pratique* l'émétique et la quinine au rabais.

Je sais de gros bourgs, des chefs-lieu de canton, où les visites se font pour cinq sous que promettent les malades. Heureux le confrère si bientôt les 25 centimes dont il avait joui ne lui sont pas disputés par un autre, qui fait offrir ses visites pour rien, et qui se dédommage par les médecines! Ainsi s'établit une lutte honteuse, et comme il faudrait rivaliser de bassesse, celui-ci l'emporte, qui est le plus vil. Il faut les voir ces compagnons chirurgiens, descendre de cheval à la porte du paysan, faire entrer la bête dans la chambre du malade, demander un verre de vin ou de poiré pour l'animal porté, un picotin de son, d'avoine, de blé noir ou de maïs pour l'animal portant; et tandis que l'un dévore avec avidité la ration sur laquelle la main avare de son maître avait compté le matin, l'autre, après boire, tâte le pouls du malade, fait tirer la langue, jure quelque gros mot, puis avec l'assurance du talent, défait les boucles de ses arçons, en tire du camphre, de l'émétique, du séné et du quinquina, et dans le grand verre de la famille fait une ripopée d'autant mieux payée, qu'elle sera plus abondante, plus chargée et plus pesante. Que lui fait à lui le foie, le cerveau ou le poumon du malade? ce qui lui importe, c'est de gagner trois francs ou l'équivalent, car si le pauvre fermier vient de payer au maître sa lourde redevance, et si le lendemain il attend le percepteur pour achever de le ruiner, n'ayez peur que l'être médicamentant quitte la pauvre famille sans salaire. D'un clin-d'œil il a parcouru le plafond de la cabane, les recoins de la basse-cour, et ce soir il reviendra, près de sa joyeuse ménagère, rapporter en bandoulière quelques écheveaux de fil que la grand'mère compte avoir filés, et deux oies grasses allongeant leur bec jaune sur la botte de cuir bouilli, et poussant d'atroces clameurs en apercevant des compagnes dont le nombre augmente chaque soir, et diminue chaque jour de marché. (*Historique.*)

La médecine n'est donc si honteusement faite, les honoraires du médecin ne sont donc si modiques, que parce qu'il existe des offi-

ciers de santé, et ces abus scandaleux cesseront du jour que l'on cessera d'en créer. L'exercice de notre profession dans les campagnes devenant alors plus honorable et plus lucratif, le docteur n'hésiterait plus à quitter les villes; un plus grand nombre de jeunes gens instruits étudieraient la médecine, et en peu de temps il y aurait en France autant de médecins exerçant l'art de guérir, qu'il y en a aujourd'hui, et il n'y aurait que des docteurs.

Le *delenda est Carthago* revient donc encore ici, et pas une objection ne s'est élevée qui ne soit levée par la destruction même que nous demandons.

Je veux bien admettre cependant qu'il existe un grand nombre de jeunes gens qui, ayant fait ou dans les séminaires ou dans les colléges de brillantes et solides études, aux frais des villes ou des communes, n'obtiennent le diplôme d'officier de santé que parce que la pauvreté les empêche d'arriver au titre de docteur; et s'il est vrai que dans les premières années qui ont suivi la révolution, on a accordé le droit d'exercer la médecine à des hommes dont l'ignorance était révoltante, il est également vrai que, depuis quelques années surtout, il se présente devant les jurys des départemens des jeunes gens à qui il ne manque que de la fortune pour venir briller aux concours des hôpitaux et de l'Ecole-Pratique de Paris. Or, est-il un moyen de ne pas faire de la pauvreté un titre d'exclusion? Certes, il est des moyens faciles; mais ceci rentre dans une nouvelle question, celle qui regarde l'enseignement de la médecine.

Il y a en France trois Facultés, l'une à Paris, la seconde à Montpellier, la troisième à Strasbourg. Puis ont été créées quelques écoles secondaires, où les études sont tronquées, où les professeurs, trop faiblement rétribués, doivent nécessairement négliger un peu leurs devoirs de professeurs pour les travaux lucratifs de praticiens.

Les jeunes gens peu fortunés commencent leurs études dans des écoles secondaires, et bientôt, s'ils peuvent faire quelques sacrifices, ils sont forcés de venir passer deux ou trois ans dans une Faculté, à moins qu'ils ne se résignent à rester officiers de santé.

Sans nous dissimuler qu'il est sorti et qu'il sort encore tous les jours de très-bons élèves des hôpitaux et des écoles secondaires de province, toujours est-il, dit M. Scoutetten, que les études médicales réclament un ensemble de moyens qu'il est difficile de réunir. La physique, la chimie exigent de vastes laboratoires d'un entretien dispendieux; l'anatomie veut un amphithéâtre, la pathologie des hôpitaux, la botanique un jardin spacieux; de plus, il faut des hommes capables de bien faire, et malheureusement les bons professeurs sont rares. Les Ecoles secondaires les mieux famées n'ont qu'un petit nombre d'élèves, et la plupart de ces jeunes gens

n'appartiennent pas à la ville où l'Ecole se trouve établie. Cependant elles ont un degré d'utilité, c'est d'initier le jeune homme aux premières difficultés des études médicales; c'est de lui révéler son goût ou son éloignement pour la profession qu'il se propose d'embrasser; c'est d'épargner aux parens des frais considérables avant de connaître les dispositions et la résolution de leurs fils (p. 15). Mais au lieu d'écoles secondaires assez nombreuses, ne vaudrait-il pas mieux créer des Facultés dans les villes de premier ordre, et ne pourrait-on faire pour la médecine ce qu'on a établi pour le droit? Pourvu qu'une ville ait un vaste hôpital, on peut y créer une Faculté de Médecine aussi bien qu'à Paris : or, l'établissement de six ou huit Facultés de plus aurait cet immense avantage, que les jeunes gens peu riches pourraient compléter leurs études dans des villes peu éloignées de leurs familles, où les dépenses sont moitié moindres qu'à Paris. De cette manière, ceux à qui leurs talens et leur éducation permettraient d'aspirer au titre de docteur, ne seraient plus arrêtés par le manque de fortune, et bientôt ces mêmes hommes remplaceraient dans les campagnes les officiers de santé devenus inutiles. Et d'ailleurs ne pourrait-on pas encore, même dans les Facultés établies aujourd'hui, diminuer les frais d'études si onéreux. Pourquoi n'accorderait-on pas le titre de docteur et le droit d'exercer à tous ceux qui auraient subi leurs six examens, sans exiger d'eux immédiatement les 1,200 fr. que coûtent les inscriptions et les frais d'examen, sauf à n'accorder ce droit d'exercice que pour un temps limité? Quel est maintenant le jeune docteur qui, après trois années d'exercice, n'aurait pas pu amasser 1,200 fr., ou ne pourrait pas trouver quelqu'un qui les lui avançât?

Certes, de cette manière les études médicales deviendraient plus faciles, et l'on n'aurait plus besoin d'officiers de santé; de cette manière le nombre des médecins s'augmenterait rapidement, et en somme le fisc n'y perdrait rien.

L'autorité comprenant qu'il existait d'intolérables abus, et qu'il fallait trouver un moyen de les prévenir, songea à créer des conseils de discipline, et proposa cette idée à l'examen des diverses commissions médicales établies dans le royaume. Cette question a été discutée avec soin par les auteurs dont nous analysons les brochures, et tous ont été d'accord sur ce point, qu'il ne fallait pas créer de conseils de discipline, et qu'il fallait s'en remettre aux lois du soin de réprimer les abus qui déshonoraient notre profession. A ce propos, M. Scoutetten a heureusement cité quelques phrases d'un rapport de M. Fourcroy au Corps législatif : « Sous prétexte de discipline de corps, dit-il, les membres étaient recherchés, persécutés même, pour leurs opinions médicales comme pour leur conduite privée. A

côté de quelques avantages dus à ce régime, les passions, les jalousies se couvraient trop souvent du voile de l'ordre et de la noblesse de l'état du médecin, pour tourmenter ceux d'entre eux que des idées nouvelles ou des succès trop prompts distinguaient ou tiraient de laclasse commune. »

Mais envisageons la question sous un autre point de vue. La réunion des médecins en corporation, la formation des chambres disciplinaires, sont-elles en harmonie avec l'esprit de la Charte, qu'il n'appartient à personne de violer? Cette question résolue, nous prouverons que cette institution est immorale, abusive et vexatoire, comme tout ce qui est entaché d'arbitraire.

Reprenons la chose de plus haut, et jetons un coup-d'œil sur les corporations des avocats. Dans l'origine, les avocats se réunissaient en des confréries sous la protection de Saint-Nicolas; et dans les cérémonies du patronage, celui d'entre eux qui était choisi pour chef de l'ordre, portait le bâton du patron; delà le nom conservé de Bâtonnier. L'espèce d'organisation qu'ils se donnaient ne se manifesta que par la formation d'un conseil de famille, destiné à régler quelques intérêts communs, à diriger leurs jeunes confrères dans leurs études, et enfin à inscrire sur un tableau particulier ceux qui devaient mériter la confiance publique, inspiration qui avait probablement sa source dans l'ambition de produire des membres à la magistrature. Jusque-là tout se passait en conseil privé, et l'autorité publique qui n'intervenait jamais ne prêtait aucune force aux décisions du conseil. L'Assemblée constituante reconnaît plus tard que les avocats ne formaient plus une corporation (loi du 11 septembre 1790, art 10). Plus tard une loi remet en vigueur l'usage de faire un tableau (22 ventôse an 12.) Enfin le despotisme inspira le décret du 14 décembre 1810, qui réunit de nouveau les avocats en corporation, et institua un conseil de discipline ayant une juridiction pénale, dont l'effet est de suspendre les avocats de leurs fonctions, ou même de les exclure entièrement de l'ordre. Et alors il ne suffit plus d'avoir son diplôme de licencié et d'avoir prêté le serment exigé; il faut encore que les candidats fournissent des renseignemens suffisans sur leurs propriétés, leur délicatesse, leur bonne vie et mœurs, et que les visites d'usage aient été humblement faites à tous les membres du conseil, pour obtenir la mise en possession de son état et l'inscription au tableau, inscription qui peut être accordée ou refusée suivant le bon plaisir du conseil, puisqu'il peut admettre ou ne pas admettre.

Telle est, en peu de mots, l'histoire de la formation de l'ordre des avocats en corporation. C'est ainsi que des liens volontaires dans

l'origine se sont convertis en une loi qui est encore en vigueur aujourd'hui, en dépit de ceux qu'elle régit.

Un tel ordre de chose, qu'il est question d'introduire parmi nous, est, nous le répétons, incompatible avec la Charte qui garantit à tous les Français leur liberté et le libre exercice de leur industrie : il ne peut donc appartenir à quelques individus d'enchaîner momentanément, et, à plus forte raison, pour toujours, cette liberté. L'exercice des talens n'est-il pas une véritable propriété dont personne ne peut disposer sans le consentement de celui auquel elle appartient ?

La création d'un conseil de discipline blesserait également la morale publique en offrant le tableau d'un tribunal exceptionnel qui deviendrait l'instrument des agens du pouvoir. Nul ne trouverait grâce auprès de lui, qui aurait le malheur de déplaire à l'autorité. Nul n'oserait émettre une doctrine nouvelle, un système en opposition avec les idées religieuses ou politiques du gouvernement, sans craindre de se voir aussitôt privé de son état. Certes, si notre glorieux empereur eût pensé à enchaîner aussi la médecine par des conseils de discipline, la bile et les fièvres seraient encore restées long-temps en possession du trône médical, et Broussais sans doute, vertement censuré, eût été privé du droit d'écrire et de penser. Que si, par hasard, le physiologisme eût à son tour pris le dessus, à son tour il eut persécuté quiconque aurait osé s'écarter des propositions sacramentelles du catéchisme du Val-de-Grâce et de l'examen des doctrines.

Si nous voulions rappeler toutes les radiations injustes qui ont eu lieu dans l'ordre des avocats, nous trouverions des faits qui parlent plus haut que tous les raisonnemens ensemble. Nous ne rappellerons que deux de ces radiations qui ne prouvent que trop l'influence du pouvoir : celle de l'avocat Joseph Rey, de Grenoble, dont tout le crime était d'avoir démontré, dans une requête au garde-des-sceaux, l'illégalité du conseil d'État, et d'avoir adressé au procureur du roi près le tribunal de la Seine un écrit intitulé : *Plainte contre M. le général Donnadieu et ses complices, accusés d'assassinat dans l'affaire de la conspiration de Grenoble*. La seconde, dont tout le monde conserve encore le souvenir, est celle du puissant orateur, du grand citoyen, arraché brutalement d'une assemblée où il était l'un des plus ermes défenseurs de nos libertés : Manuel fut rayé deux fois du tableau de son ordre au moment où deux départemens se disputaient l'honneur d'être représentés par lui.

Enfin, la mesure proposée serait abusive et vexatoire, parce qu'il n'est pas convenable que des concurrens, dans une même profession, jugent des titres d'admissibilité de leurs confrères. Où s'arrêtera l'en-

quête relative aux propriétés, à la délicatesse, aux bonne vie et mœurs? Quelle sera la mesure de l'arbitraire. Tel docteur, dont le mérite naissant fera trembler des médiocrités en faveur, ne pourra être ni jeune ni libre, sans que les juges, que l'âge a rendu sages et dociles, n'y trouvent un prétexte pour refuser de l'admettre.

L'exemple de la corporation sur laquelle on veut se régler à notre égard nous servira de leçon. Ne souffrons pas qu'on nous enlève la moindre de nos libertés; ne souffrons pas qu'on nous impose des chaînes par la création d'un conseil de discipline qui n'aurait, selon nous, que des attributions illégales et dont nous déclinerions la juridiction.

Pourquoi, sous un régime constitutionnel, va-t-on toujours chercher des exemples dans le règne du pouvoir absolu? Par quelle fatalité les hommes de notre gouvernement ne veulent-ils pas comprendre les institutions de leur pays, et marcher d'accord avec elles. Ne nous y trompons pas, la guerre qu'on nous déclare ne s'adresse pas à nous seuls, ce sont les sciences naturelles qu'on veut proscrire en nous. La faction qui tient la France courbée s'irrite de leur franchise, et aspire depuis long-temps à les enchaîner. Nous ne saurions trop le répéter, gardons notre liberté, seul véritable privilége des médecins; gardons le droit de flétrir d'un regard de mépris celui de nos confrères qui s'avance à genoux, et qui fait relier les aphorismes d'Hippocrate avec la couverture des *heures à la Dauphine*. Gardons la robe de Rabelais, et ne l'échangeons pas contre la jaquette écourtée de saint Ignace.

Mais les abus! Mais ce charlatanisme qui nous déshonore! Comment le faire cesser, si nous n'établissons pas de conseils de discipline? Comment arrêterons-nous le brigandage de ces forbans médicaux, qui exploitent la crédulité des sots et la fausse honte des prudes? Que ferons-nous de cet oculiste napolitain, qui ne vous fait fait pas *payer la conzultacion*, et qui vous donne, pour 50 francs, une solution de quatre grains de sulfate de zinc? Vous n'avez sans doute pas le droit de diminuer la longueur des rubans qui décorent sa boutonnière, le nombre de papillottes de sa perruque, la prolixité de l'ongle de son index, l'amplitude vraiment grotesque de sa loupe, la largeur épiscopale des camées qui entourent ses doigts; mais vous pourriez flétrir d'une juste réprobation le vol odieux qu'il exerce avec plus d'impunité et moins de courage que ses compatriotes des Abruzzes. Et cet autre, qui répand sur tous les murs, ou son changement de domicile, ou l'heure de ses consultations; et celui-là, qui, ne voyant plus comment attirer l'attention après les affiches de Giraudeau de St.-Gervais et celles de Belliol, ou bien encore celles du guérisseur de phthisies de la rue Traînée St.-Eustache, fait gra-

ver sur bois, exprès pour lui, trois lettres vraiment monstrueuses, M, A, L, et les assemble en un mot qui couvre tout un panneau des volets conservateurs qu'un nouveau genre d'industrie a opposés à l'industrie nocturne et dévastatrice des chiffoniers. Il faut, disent quelques médecins jaloux du lucre que font leurs ignobles confrères, jaloux peut-être encore davantage de n'avoir pas eu l'esprit ou l'audace d'imaginer quelque piége nouveau ; il faut créer des conseils de discipline. Et pourquoi nous astreindre à remuer nous-mêmes cette fange ? Que le bureau de la Préfecture de Police, chargé de surveiller les filoux, se mêle aussi des vendeurs de vomi-purgatifs et d'élixir tonique anti-glaireux. A Dieu ne plaise que nous descendions au métier d'estafiers, c'est une assez grande honte pour nous de voir des docteurs en médecine se prostituer aussi bassement.

Mais si la police se mêlait de cette affaire, elle ne pourrait ne pas poursuivre aussi les magnétiseurs, et surtout les somnambules ; elle ne pourrait ne pas saisir les drogues que des nones béates préparent avec charité, et donnent gratis moyennant une aumône dix fois plus lourde que la note exagérée de l'apothicaire qui sait le mieux son métier. Il faudrait que M.me de St.-Amour, que le prince de Hohenlohe renonçassent à leurs miracles si édifians et si utiles à la propagation de la foi. Car, puisque nous en sommes sur ce chapitre ; pourquoi M.me de St.-Amour ne prend-elle pas le diplôme de docteur? Inspirée par le St.-Esprit qui la guide, elle aurait le don des langues, des sciences ; et pour elle, notre dévote Faculté rayerait de l'écorce du vieux chêne druidique cet article de la loi salique, qui interdit aux femmes voires d'être docteur en médecine. Et que ne ferait-on pas pour le prince de Hohenlohe ; moyennant sa très-sainte intercession ? on le ferait docteur par acclamation, dût-il, comme *feu le maréchale*, écrire son titre français en ortographe un peu tudesque. Par là, tout serait régulier ; à côté de St.-Côme et de St. Damien, nous placerions St.e-Amour et St.-Hohenlohe ; et pour la très-grande gloire de la Faculté, nos professeurs pieux pourraient donner aux héritiers de leurs talens le nom de baptême de ces nouveaux habitans du Paradis.

Prix proposé par la Société royale de Marseille.

La Société met au concours pour l'année 1831, la question suivante :

« 1.° Existe-t-il des altérations pathologiques des liquides qui entrent dans la composition de l'homme ?

« 2.° Dans l'affirmative, faire connaître par l'anatomie pathologique et l'observation clinique, quelles sont ces altérations, les

causes capables de les produire, leurs signes généraux et différentiels ?

« 3.° Peuvent-elles être primitives ou secondaires ? ou bien sont-elles constamment les unes ou les autres ?

« 4.° En admettant qu'elles soient primitives, existent-elles seules, ou bien entraînent-elles toujours l'altération des solides ?

« 5.° En co-existant avec l'altération des solides, qu'elles soient primitives ou secondaires, peuvent-elles imprimer un caractère particulier à la maladie ? Dans l'affirmative, faire connaître ce caractère, s'il existe constamment, ou seulement dans certaines conditions. Dans la négative, donner des preuves incontestables à cet égard.

« 6.° Exigent-elles un traitement spécial, et chacune d'elles, un traitement différent ? signaler ces divers traitemens.

« 7.° Dans la négative de l'existence des altérations des liquides, sur quelles preuves peut-on fonder cette opinion ? »

La Société décernera un prix de la valeur de 300 fr. à l'auteur qui aura le mieux traité ces questions. Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être adressés, francs de port, et dans les formes académiques, à M. P. M. Roux, secrétaire général de la Société, rue des Petits-Pères, N.° 11. Ils doivent être rendus avant le 1.er juillet 1731. Ce terme est de rigueur.

— Un événement aussi affreux qu'imprévu a jeté dans la consternation la Faculté de Médecine et tout le corps médical de Paris. Le professeur Desormeaux a été frappé, le 29 de ce mois, d'une mort subite, à un âge peu avancé et au milieu de la santé en apparence la plus florissante. Nous donnerons, dans notre prochain Numéro, une notice sur ce savant et habile médecin, sur cet homme de bien par excellence, que des regrets unanimes ont accompagné au tombeau.

En attendant que nous payons à sa mémoire le tribut que nous lui devons au nom de la science et de notre douleur, qu'il nous soit permis, au moment où déjà s'agitent sur ses cendres non encore refroidies des ambitions de toute espèce, de réclamer un hommage digne de lui, et qui honore en même temps la Faculté dont il était l'ornement : que l'on sollicite de toutes parts le concours pour le remplacer ! Que la chaire dans laquelle M. Desormeaux porta une connaissance si approfondie de son art, une instruction si vaste et un jugement si solide ; que cette chaire, qu'il ne dut lui-même qu'aux épreuves du concours, soit disputée publiquement par le talent. Quelle plus pressante occasion de rétablir une institution si souvent réclamée par tout ce qu'il y a d'esprits justes et de vérita-

bles amis des sciences, que le moment où il faut remplacer celui qui ne dut rien à la faveur, qui sut gagner la place de prosecteur, le titre de docteur, et s'élever enfin au professorat, en montrant qu'il était le plus capable. C'est la voie seule du concours qui peut assurer à la Faculté, ou plutôt à l'enseignement, un digne successeur de Baudelocque et de Desormeaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Notice sur les fièvres épidémiques qui règnent à Nantes depuis quelques années; par M. Mareschal, *D. M. P.* 35 *p. in*-8.° 1829.

L'auteur n'a pas eu l'intention de donner une description générale de l'épidémie de Nantes, il a voulu seulement exposer les faits pratiques qui l'ont le plus frappé dans cette circonstance et les réflexions qu'ils lui ont suggérées. Recherchant d'abord sous l'influence de quelles causes la maladie a pris naissance, il ne pense pas, comme beaucoup de ses confrères, qu'on doive en accuser les travaux entrepris pour creuser le *canal* de *Bretagne*. Il ajoute que ce serait se montrer peu difficile que de se contenter de quelques circonstances éventuelles de localité pour se rendre raison des causes des épidémies, et qu'il faut y joindre la connaissance approfondie des maladies endémiques et épidémiques des pays circonvoisins, et leur intervention parmi celles que l'on veut observer. Des considérations auxquelles il se livre à ce sujet, il conclut : que la cause de l'épidémie de Nantes doit se rattacher à l'influence d'une constitution médicale étrangère à ce pays, au moins depuis bien long-temps, et qui avait sa source dans d'autres localités plus ou moins éloignées. Une semblable opinion nécessiterait bien des recherches pour être mise hors de doute : mais une autre idée de l'auteur, qui nous paraît être plus en rapport avec les faits, est celle-ci : que les maladies épidémiques sont susceptibles d'être transportées d'un lieu à un autre; et pour l'appuyer, nous croyons pouvoir citer ce fait : qu'en même temps que les médecins de Tours cessaient d'observer la dothinentérie, cette maladie commençait à exercer ses ravages à la Flèche, et qu'elle abandonna ensuite cette ville pour sévir à Laval, où elle fit un grand nombre de victimes. Que si on demande maintenant comment se fait ce *transport*, nous répondrons avec l'auteur que

cette question est aujourd'hui tout-à-fait insoluble, et qu'elle n'en mérite pas moins toute l'attention des médecins.

Soulevant ensuite la grande question des constitutions médicales, non de celles que ramène chaque année le retour successif des saisons, mais de ces constitutions qui reparaissent à des époques plus ou moins éloignées, et qui ont si bien été observées et décrites par Stoll, Huxham, Ræderer et Wagler, etc., etc. Il fait cette remarque : que, depuis les quatre dernières années, la constitution médicale tendait à redevenir bilieuse, et que les émissions sanguines ne pouvaient plus être prodiguées comme auparavant, sans compromettre les jours des malades, ou prolonger la convalescence. De ces considérations et de beaucoup d'autres que nous sommes obligé de taire, il conclut : « que les modifications introduites dans la pratique, par suite des changemens survenus dans les diverses constitutions médicales, ont presque toujours précédé l'apparition des systèmes, qui n'en étaient que l'expression présentée sous une forme dogmatique. » Si cette manière de voir, qui réunit bien en sa faveur quelques probabilités, venait à être prouvée par le retour des mêmes théories lié avec l'apparition des mêmes constitutions médicales, il en résulterait, ce nous semble, une explication toute naturelle de cette succession infinie de systèmes, et on ne pourrait plus invoquer comme preuve de l'incertitude de la médecine, cette instabilité des doctrines médicales, puisque les constitutions venant à modifier, par leur longue influence, et les élémens de l'organisation, et le génie des maladies, il devient nécessaire de modifier aussi les bases de la thérapeutique.

N'ayant pas voulu passer sous silence les réflexions précédentes, que nous avons jugées dignes d'intérêt, nous ne ferons que noter, d'après les faits et les réflexions de l'auteur, les circonstances particulières qu'a offertes l'épidémie qui a régné à Nantes, depuis 1824 jusqu'à 1828. Pendant ce laps de temps, les fièvres rémittentes de tous les types ont constamment régné : tierces ou quartes d'abord, elles ont ensuite passé au type quotidien ou double tierce : les symptômes prédominans furent des coliques, des diarrhées, des douleurs rhumatiques, ce qui a fait donner par l'auteur à la maladie le nom de fièvre *diarrhéo-rhumatique*; les rechutes furent très-nombreuses, surtout dans les derniers temps; il y eut assez fréquemment complication d'affection cérébrale, les malades tombaient dans une sorte d'imbécillité, avec apparence d'aliénation mentale; quelquefois les douleurs rhumatismales constituaient d'abord à elles seules la maladie, et les autres symptômes ne se développaient que plus tard. A cette occasion, l'auteur rapporte l'observation très-intéressante d'une inflammation rhumatismale des muscles abdominaux qui en

imposa pour une péritonite, fut combattue comme telle sans succès par les saignées, les sangsues, et céda promptement à l'application de vésicatoires volans sur l'abdomen. Plusieurs cas semblables se sont présentés dans le cours de l'épidémie. Il a observé aussi que l'érythème inflammatoire de la muqueuse digestive, qui suit ordinairement une marche descendante en avait suivi une inverse, et que, débutant par les gros intestins, elle s'étendait successivement aux intestins grèles, à l'estomac et au pharynx; le traitement antiphlogistique n'avait de succès que quand la phlegmasie était localisée.

Quant au traitement, l'auteur n'a suivi aucune règle, et ne sacrifiant à aucune théorie, il a successivement, et avec avantage, employé, selon les circonstances, les antiphlogistiques et les toniques, les vomitifs et les purgatifs, les opiacés et les révulsifs.

Le travail de M. Mareschal n'est qu'une suite de réflexions et de considérations, pour la plupart importantes, déduites des faits qu'il a observés dans sa pratique, et qui décèlent un esprit observateur et dégagé de tout système. Nous ne craignons pas de dire que les trente-cinq pages de son mémoire donneront plus à réfléchir au médecin praticien que beaucoup de gros volumes qui paraissent chaque jour.

Revue critique de quelques écrits publiés en France sur la fièvre jaune; par I. C. de Fermon. *Paris*, 1829, *in*-8.° 108 *pages*.

Jamais discussion scientifiqne ne fut plus digne de fixer l'attention des médecins que celle qui eut lieu en 1827, à l'Académie de Médecine, entre MM. Chervin et Pariset. Jamais peut-être aussi il ne fut plus difficile d'asseoir son jugement dans un conflit aussi grand d'idées et d'opinions. L'insigne mauvaise foi qui a guidé plusieurs médecins dans la discussion des faits, et qui a été reproduite dans plusieurs journaux périodiques, n'ont pas peu contribué non plus à obscurcir l'importante question de la contagion de la fièvre jaune. C'est pour tâcher de jeter quelque jour sur ce point de controverse, et pour aider à la découverte de la vérité, que M. de Fermon a entrepris le travail que nous avons sous les yeux. Ce médecin a reproduit dans un cadre assez resserré les principales pièces du procès : en comparant les faits entr'eux, opposant aux objections des uns les répliques des autres, il a mis le lecteur en état de juger par lui-même et sans beaucoup de peine quel est l'état actuel de la question, et de quel côté, dans cette polémique, fut la vérité et la bonne-foi. Nous pensons qu'il a atteint le but qu'il s'était proposé.

L'auteur a puisé les documens qui lui étaient nécessaires dans vingt-quatre ouvrages publiés par MM. Boisbortrand, Audouard,

Gérardin, Louyer-Villermay, Double, Sédillot, Collineau, Rochoux, Desgenettes, Emery, Paradis, Piorry, Chervin et Pariset. Chacun de ces ouvrages devient successivement l'objet d'un examen de la part de M. de Fermon; mais c'est surtout MM. Chervin et Pariset qu'il oppose l'un à l'autre, et, il faut le dire, l'avantage n'est pas pour les contagionistes.

Si l'espace ne nous manquait, et si surtout la marche adoptée par l'auteur se prêtait à l'analyse, nous montrerions avec quelle partialité les faits ont été recueillis par les partisans de la contagion, comment ils les ont dénaturés quand ils ne s'accordaient pas avec leur théories, comment ils sont allés jusqu'à inventer des observations et *faire des histoires*, et comment enfin ils ne sont même pas d'accord entr'eux sur ce qui s'est passé dans les diverses épidémies qu'ils ont observées ensemble. Ainsi MM. Pariset et Bally disent avoir contracté la fièvre jaune d'un nommé Schirano; M. Chervin répond que M. Audouard, contagioniste, soutient que M. Pariset n'eut pas la fièvre jaune; bien plus il est prouvé que ce n'est pas cette maladie qui a fait périr le nommé Schirano. Il en fut de même de la maladie de M. Bally qui, suivant M. Audouard, ne fut jamais inquiétante, et cependant M. Bally avait écrit de Barcelone qu'il avait lutté contre la mort pendant onze jours, et qu'il dut *sans doute* son retour à la santé *aux saintes prières* de quelques religieuses. Ainsi M. Pariset qui prétend en 1827 que la fièvre jaune avait existé à Ecija, avait dit positivement en 1820, que ce n'était pas la fièvre jaune, mais bien des fièvres automnales de différens types, produites par les miasmes des marais voisins. Ainsi la commission médicale dit que le port de Barcelone et ses environs ne répandaient aucune mauvaise odeur en 1821; cependant six documens officiels attestent qu'à cette époque les causes d'insalubrité étaient nombreuses et évidentes.

Nous n'en finirions pas s'il nous fallait citer tous les passages qui accusent de contradiction et de mauvaise foi les membres de la commission médicale, et qui montrent comment, dominés par l'idée de contagion, ils ont presque toujours attribué à cette cause ce qui était le résultat de l'infection.

Nous croyons en avoir assez dit pour faire connaître tout l'intérêt du travail de M. de Fermon, qui, dans un petit nombre de pages, renferme le résultat de tout ce qui a été dit sur la grande et importante question de la contagion de la fièvre jaune, et nous faisons avec lui des vœux pour que des expériences entreprises dans le seul but de l'avancement de la science, et non pour soutenir ou renverser telle ou telle opinion, viennent enfin décider une question qui intéresse si vivement et la santé des hommes, et la politique des nations.

Friedlander. Lud. Herm. Fundamenta doctrinæ pathologicæ; sive de corporis animique morbi ratione atque naturâ, libri tres scholarum causâ conscripti. Lipsiæ, 1828, *in-8.° 434 pages.*

L'auteur commence par quelques considérations sur la pathologie générale, indique les principaux auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et divise son ouvrage en trois livres. Dans le premier, après avoir parlé de la vie et des divers phénomènes qui la constituent, il examine tout ce qui se rapporte aux maladies, à leur invasion, leur marche, leurs terminaisons, leur type et leur division. Dans le second, il traite de l'étiologie ou des causes des maladies, et sous ce rapport il étudie l'âge, le sexe, les tempéramens, l'hérédité, l'influence des passions, des six choses appelées non naturelles, des médicamens donnés en temps inopportun, des principes contagieux et de la compression. Dans le troisième livre enfin, il s'occupe de la symptômatologie. Il apprécie sous ce point de vue les affections de l'âme, le délire, l'état de chaque organe et de chaque fonction, celui du sang et de la lymphe, les diverses sécrétions, la circulation, les aberrations des sens, la veille et le sommeil.

Nous pensons que l'ouvrage de M. Friedlander, écrit en latin pur et correct, sera lu avec intérêt et même avantage; mais nous ne croyons pas qu'il fasse oublier le traité que nous devons à M. Chomel. Ce qui donne, selon nous, beaucoup de prix à celui de M. Friedlander, c'est une indication assez étendue des ouvrages qui traitent *ex professo* de quelques points de pathologie générale. Nous signalerons surtout les notes bibliographiques des articles métastases, crises, hérédité, épidémie, complication, etc., etc., etc.

Hospital facts and observations, etc. —*Faits et observations cliniques sur l'efficacité des nouveaux médicamens, la strychnine, la brucine, l'acétate de morphine, la vératrine, l'iode, etc., dans plusieurs maladies, avec un tableau comparatif du traitement de la chorée, etc., etc.; par* James Lomax Bardsley, *M. D., médecin de l'infirmerie de Manchester. Un vol. in-8.° Londres*, 1830.

Cet ouvrage contient un exposé clair et fidèle des effets que l'auteur a obtenus de l'administration des nouveaux médicamens indiqués ci-dessus. Il est, en grande partie, composé d'observations qui éclairent la manière d'agir de ces agens thérapeutiques; par exemple, celle de la strychnine dans la paralysie, dans la diarrhée chronique et dans l'aménorrhée. Il a administré ce médicament

dans trente-cinq cas de paralysie, avec beaucoup d'avantages, quoique les succès n'aient pas toujours été uniformes. Il pense que la strychnine est plus généralement utile dans la paraplégie qui ne dépend pas d'une maladie de la moelle épinière, que dans l'hémiplégie. Il a obtenu les plus heureux résultats de l'emploi de ce médicament, dans les cas de diarrhée chronique, surtout dans ceux qui affectent les personnes âgées et d'une faible constitution. La strychnine paraît être aussi utile dans le traitement de l'aménorrhée ; le docteur Bardsley l'a administrée douze fois dans des cas de cette nature, et n'a échoué que deux fois. Quant aux propriétés médicinales de la brucine et à son action dans la paralysie, les résultats obtenus par l'auteur tendent à prouver que c'est un moyen efficace, quoique moins énergique que la strychnine ; il le préfère dans les paralysies accompagnées de désordres cérébraux ; la dose qu'il conseille est d'abord d'un grain deux fois par jour, et on peut l'augmenter jusqu'à trois ou quatre dans le même espace de temps ; on doit l'abandonner si l'on n'obtient pas d'effets à cette dernière dose. M. Bardsley a essayé l'acétate de morphine dans un grand nombre de cas de douleurs d'estomac, de maladies utérines et de névralgies, avec le succès le plus décidé. Il rapporte ensuite de bonnes observations sur l'emploi de la vératrine et du colchique d'automne, dans le rhumatisme chronique, de l'iode dans le bronchocèle et les scrofules, de la cinchonine et du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, de l'émétine comme vomitif, et il pense qu'on doit préférer l'ipécacuanha ; il en est de même du gentianin, qu'il regarde comme beaucoup moins efficace que les autres préparations de gentiane. Le volume est terminé par un tableau comparatif des différens moyens employés contre la chorée, par quelques observations sur le traitement du diabétès, et sur l'efficacité des fumigations sulfureuses contre plusieurs maladies de la peau. — Quoique cet ouvrage ne contienne rien de bien nouveau, nous pensons qu'il peut être utile aux praticiens, à cause de la bonne foi avec laquelle il paraît écrit, et qui garantit l'exactitude des faits qui y sont rapportés.

FIN DU VINGT-DEUXIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-DEUXIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.